ESSAI

DE

CHIRURGIE PLASTIQUE,

D'APRÈS LES PRÉCEPTES

DU PROFESSEUR B. LANGENBECK,

PAR

LE DOCTEUR VERHAEGHE,

Chevalier de l'Ordre de Léopold;
Membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, Chirurgien de l'Hôpital civil et des Hospices d'Ostende;
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, des Sociétés Médicales et Scientifiques de Berlin, Londres, Édimbourg, Varsovie, Lyon, Lille, Bonn, Berne, Bruxelles, Bruges, Gand, etc.



BRUXELLES,

J. B. TIRCHER, LIBRAIRE, ÉDITEUR,
RUE DE L'ÉTUVE, N° 20.

1856.

AVANT-PROPOS.

Il est incontestable que, depuis un quart de siècle l'école de Berlin a fait faire à la médecine opératoire, des progrès remarquables.

Il suffit de citer le nom de Dieffenbach pour se rappeler tout aussitôt les procédés nouveaux, ingénieux, les modifications heureuses que cet illustre chirurgien a introduits dans l'exécution d'un grand nombre d'opérations.

Son successeur, M. le conseiller intime Langenbeck, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin, a fait progresser encore notablement la partie opératoire de notre art. Marchant sur les traces de son prédécesseur, avec un génie plus puisssant peut-être, il a contribué aussi à élever la chirurgie allemande au rang supérieur qu'elle a su acquérir à tant de titres.

Malheureusement pour la science, le professeur de Berlin n'a point jusqu'ici publié d'ouvrage didactique, exposant ses idées originales sur une foule de points importants de la thérapeutique chirurgicale, ainsi que ses procédés nouveaux pour l'exécution de plusieurs des grandes opérations. On ne connaît de lui que quelques rares mémoires; quelques dissertations inaugurales écrites par les internes de l'hôpital, théâtre de son enseignement, et quelques-unes de ses leçons recueillies et publiées dans la « *Deutsche klinik.* »

C'est dans ces recueils que nous avons trouvé une partie des matériaux pour la rédaction de ce livre : l'autre partie, la plus large, nous l'avons puisée dans les fréquents entretiens que nous avons été heureux d'avoir avec l'éminent opérateur et dans les démonstrations, sur le cadavre, qu'il a eu l'obligeance de faire pour nous.

En publiant les résultats de ces enseignements précieux, nous devons consigner ici le témoignage de notre admiration pour le maître, dont le nom déjà européen grandira encore dans l'avenir.

Ostende, juillet 1856.



ESSAI

DE

CHIRURGIE PLASTIQUE.

I. Considérations générales.

La chirurgie plastique comprend les opérations qui ont pour but la réparation ou la restauration de quelque partie du corps, défectueuse, difforme ou entièrement détruite.

C'est dans cette partie de la médecine opératoire que l'art joue son plus beau rôle. En effet, reconstruire un nez perdu ou difforme; guérir un bec-de-lièvre; redresser un œil strabique ou une paupière renversée; enlever une cicatrice vicieuse; former une nouvelle lèvre ou une nouvelle paupière ; réunir une division congénitale du voile du palais; reconstituer le périnée déchiré à la suite d'un accouchement laborieux, sont autant d'opérations

d'un intérêt immense pour les individus affligés de ces infirmités; car, lorsque l'opération réussit, ils sont délivrés d'incommodités souvent fort graves et mis à même de reparaître dans le monde, d'où une affection repoussante les avait exclus.

La chirurgie plastique, presque toute entière, est une création du dix-neuvième siècle.

Roux, Blandin et Jobert de Lamballe, en France; V. Graefe, V. Ammon, Zeiss, Dieffenbach et Langenbeck, en Allemagne; J. B. Brown, en Angleterre, se sont particulièrement occupés de tout ce qui a rapport à cette partie de la chirurgie, et l'ont portée à un degré de perfectionnement qu'il serait difficile de dépasser.

« Combien de vices originels de conformation, dit Roux, autrefois considérés comme incurables, contre lesquels la chirurgie moderne a créé des ressources inespérées! Combien plus encore peut-être, des difformités, de mutilations accidentelles qu'on croyait marquées au coin de l'incurabilité, et que, par des moyens nouvellement institués, nous faisons disparaître complétement? C'est presque un art nouveau que celui de restaurer, de reconstituer, de refaire tout ou partie d'un organe mal configuré, ou qui manque, soit en partie, soit en totalité : du moins est-il certain que la chirurgie a pris sous ce rapport une extension qu'il n'était guère possible de prévoir, et qui étonnerait nos devanciers s'ils pouvaient en être témoins. »

Les opérations plastiques ont cet avantage qu'elles ne mettent jamais la vie des malades dans un danger immédiat, et qu'elles ne sont jamais accompagnées d'hémorrhagies inquiétantes; mais, par contre, elles réclament, de la part du chirurgien, des qualités qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder.

Il faut d'abord qu'il soit doué d'un génie d'artiste, qui lui fasse saisir, du premier coup d'œil, la meilleure forme à donner au lambeau destiné à reconstruire une partie mutilée, ainsi que le lieu le plus convenable où il prendra les téguments pour cette réconfection. Il faut, en outre, qu'il ait une grande précision et beaucoup de délicatesse dans la manipulation des instruments; une patience et une persévérance à toute épreuve, qui le portent à ne pas se laisser décourager par un premier insuccès. Les lois physiologiques qui président à la réunion des parties avivées dont on veut assurer la coaptation, doivent surtout lui être familières.

Bien des chirurgiens restent calmes en présence de plaies énormes et d'hémorrhagies foudroyantes, qui ne se sentiraient pas capables de mener à bonne fin une opération plastique.

M. Langenbeck, au génie puissant duquel nous devons plusieurs opérations plastiques nouvelles et des perfectionnements notables dans le manuel opératoire d'un certain nombre de celles déja connues, a établi des généralités dont nous nous occuperons tout d'abord, parce qu'elles sont applicables à toutes les opérations de la chirurgie réparatrice.

II. Préparation des malades.

La préparation des sujets qui doivent subir une opération plastique est de la plus haute importance, et réclame toute l'attention du médecin. Il est d'abord indispensable qu'il fasse une étude de l'état général du malade, de sa constitution, etc. Les maladies dont il a pu être affecté à une époque plus ou moins éloignée, ne lui doivent

pas être inconnues. Il s'occupera ensuite du soin de placer le sujet dans de bonnes conditions hygiéniques afin de donner au sang un haut degré de plasticité, qualité si favorable à la réunion immédiate des plaies.

Y a-t-il quelque apparence de diathèse scrofuleuse ou syphilitique? l'opération doit nécessairement être remise jusqu'à l'extinction complète de cette disposition maladive. La diathèse scrofuleuse doit toujours faire porter un pronostic incertain, quant à la réunion immédiate après l'opération. Dieffenbach la redoutait avant tout.

Est-il besoin de dire que le vice syphilitique fait échouer presque nécessairement le travail adhésif entre les parties fraîchement divisées? Mr Jobert de Lamballe s'est vu contraint de répéter plusieurs fois la même opération sur un sujet en proie à une syphilis latente, et n'a réussi qu'après avoir fait subir au malade un traitement approprié, et avoir laissé s'écouler un intervalle de temps convenable entre le traitement et la nouvelle opération. On n'oubliera pas que les préparations mercurielles ont la propriété de diminuer singulièrement la plasticité du sang. On connaît des exemples où une simple dose de calomel, administrée après une opération, a fait échouer la réunion par première intention.

Les individus destinés à subir une opération plastique, seront soumis, à très-peu d'exceptions près, aux inhalations anesthésiques. Cette mesure est d'autant plus précieuse, ici, qu'il s'agit d'opérations de longue durée et, en général, très-douloureuses.

Peut-être pourrait-on tirer quelque avantage des applications frigorifiques comme moyen anesthésique local. Le froid pourrait avoir pour effet, non seulement d'éteindre la sensibilité dans la partie soumise à l'instrument tranchant, mais encore de favoriser ultérieurement le

travail adhésif. C'est à l'expérience à décider si les prévisions de M. Arnott, à ce sujet, se réaliseront. Nous nous sommes bien trouvé de l'application d'eau glacée, après plusieurs opérations de périnéoplastie que nous avons eu l'occasion de faire. Le travail adhésif a paru en être heureusement influencé.

III. Des conditions anatomo-physiologiques des téguments, dans les diverses parties du corps, au point de vue des opérations plastiques.

Les téguments ne sont pas partout également propres à la réconfection d'une partie mutilée, ou à combler une perte de substance.

Le degré de consistance et d'épaisseur de la peau, si variable suivant les diverses parties du corps; l'épaisseur de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée; le plus ou moins d'adhérence entre la peau et celle-ci; la présence ou l'absence d'une aponévrose ou d'un fascia sous-tégumentaire; l'adhérence de fibres musculaires à la peau, enfin la quantité de vaisseaux sanguins qui s'y distribuent, sont autant de conditions qui peuvent exercer une influence sur la réussite d'une opération plastique.

C'est ainsi que les téguments des membres, à l'exception toutefois de la peau à la paume de la main, et à la plante des pieds, ne conviennent pas pour la formation d'un lambeau destiné à combler ou à réparer une perte de substance de quelque étendue. La membrane de ces parties est tellement mince et lâche, et en même temps tellement rétractile, que les lambeaux qu'on y emprunterait, ne tarderaient pas à se réduire à la moitié de leurs dimensions primitives. D'un autre côté, les capillaires

artériels y ont si peu de développement, que la vitalité du lambeau risquerait bientôt d'être fortement compromise; tandis que le réseau veineux sous-cutané, souvent considérable, peut donner lieu à un écoulement sanguin fort contrariant pour la réunion des parties avivées. Il serait fort difficile de combler, à la jambe, une perte de substance d'un pouce et demi de diamètre.

Les cicatrices vicieuses, suite de brûlures, et les moignons coniques après les amputations, constituent à peu près les seules indications des opérations plastiques à pratiquer sur les membres.

Les cicatrices vicieuses siégeant au pli du coude ou à la région poplitée, exigent l'excision préalable du tissu cicatriciel dans toute son étendue. Pour cela, on le circonscrit par deux incisions semi-elliptiques, parallèles à la longueur du membre, opération préliminaire qui permet d'étendre le membre convenablement. Puis, on dissèque les deux lèvres de la plaie, latéralement, dans une étendue proportionnée au degré de glissement que la peau aura à subir, et l'on rapproche les deux lambeaux pour les réunir sur une ligne médiane, recouvrant ainsi toute la plaie produite par l'excision de la cicatrice vicieuse.

Il n'est pas toujours possible de mettre les deux lambeaux dans un contact parfait; cela est surtout difficile lorsque le tissu cicatriciel a envahi une grande étendue, et que la plaie résultant de son excision est fort large. Alors on se contente de rapprocher les deux lambeaux autant qu'on le peut, en changeant l'immense plaie en une perte de substance longitudinale, dont la cicatrisation aura lieu par granulation; mais on a soin de maintenir le membre dans une extension permanente jusqu'après la parfaite cicatrisation de la plaie.

Ce procédé opératoire donne de beaux résultats dans

les cas de cicatrices vicieuses de la paume de la main, avec contracture et adhérence d'un ou de plusieurs doigts à la face palmaire de la main. Un point essentiel, ici, c'est d'isoler la plaie qui résulte de la section du doigt fléchi. On y parvient en détachant la peau, des deux côtés de la face palmaire du doigt, dans une étendue suffisante pour en recouvrir la plaie; puis on réunit les deux lambeaux latéraux sur la ligne médiane. D'un autre côté, on rétrécit ou on ferme complètement, s'il est possible, la plaie de la paume de la main, en disséquant et détachant, au loin et de chaque côté, la peau saine de la couche sous-cutanée, en portant l'instrument tranchant jusque sous la face dorsale, s'il en est besoin, et en faisant glisser ensuite les deux lambeaux latéraux l'un vers l'autre pour les réunir ou les rapprocher convenablement.

M. Langenbeck a guéri, par ce procédé, une cicatrice vicieuse de la main avec adhérence de tous les doigts à la face palmaire. Le succès fut tel que tous les doigts recupérèrent leur mobilité naturelle.

Lorsqu'il s'agit de remédier à un moignon conique, à la suite d'une amputation, M. Langenbeck, au lieu de faire une espèce de nouvelle amputation, circonscrit, au moyen de deux incisions semi-elliptiques, toute la partie proéminente, et l'isole ainsi des tissus sains; ensuite, au moyen d'une incision qui tombe perpendiculairement sur l'os, du côté où celui-ci se trouve être le plus superficiel et où il ne se trouve pas de vaisseaux principaux, il divise, dans toute leur épaisseur, les parties molles et il les détache de chaque côté, en ayant soin que le tranchant de l'instrument ne quitte point l'os, afin de ne point blesser les vaisseaux importants. La partie proéminente de l'os étant ainsi isolée dans une hauteur convenable, on la scie au moyen d'une petite scie à résection et l'on réunit les

parties molles sur la ligne médiane. Ce procédé donne un moignon parfait.

Les téguments du dos et des parois abdominales sont très-propres à combler de grandes pertes de substance. Le spina-bifida, par exemple, peut facilement être recouvert par des lambeaux de téguments, disséqués de chaque côté de la tumeur, après l'évacuation préalable de celle-ci : mais la membrane extrêmement mince, qui forme la paroi de la tumeur, n'admettant pas un avivement au moyen de l'instrument tranchant, il est presque impossible d'obtenir une adhésion immédiate entre le sac et les surfaces saignantes des lambeaux. On arriverait cependant à opérer un certain degré d'avivement de la paroi transparente du sac, en la touchant, pendant quelques jours, avec la teinture de cantharides.

M. Langenbeck a essayé ce procédé pour obtenir la guérison d'un spina-bifida, mais le résultat ne répondit pas à son attente. La tumeur avait été vidée préalablement au moyen d'un très-petit trocar introduit obliquement, à travers la peau saine, à quelque distance; puis la tumeur fut circonscrite par deux incisions semi-elliptiques, dans le sens de l'axe du tronc; la peau fut détachée des couches sous-jacentes, dans une étendue suffisante, et les lambeaux ramenés l'un vers l'autre sur la ligne médiane où ils furent réunis par un nombre suffisant de points de suture. La tumeur, dont la surface avait été avivée par des attouchements avec de la teinture de cantharides, se trouvait entièrement coiffée par la peau saine. L'opération avait été très-bien supportée, et l'on était en droit d'en attendre un bon résultat, lorsqu'une inconcevable maladresse de la personne chargée de soigner le malade, qui était un petit enfant, fit tout manquer. Croyant que les applications de teinture de cantharides

devaient être continuées, elle en barbouilla les parties réunies, à diverses reprises, et causa par là une inflammation violente qui se propagea jusqu'aux méninges rachidiennes et amena, au bout de quelques jours, la mort de l'enfant.

La peau des parois abdominales se prêterait fort bien à l'occlusion de pertes de substances ou à d'autres opérations plastiques, si elle ne reposait pas sur une couche épaisse de tissu cellulo-graisseux, où la plus petite inflammation est rapidement suivie de suppuration abondante, et si les mouvements incessants des muscles qui concourent à la respiration, ne venaient à chaque instant déranger le travail adhésif entre les parties nouvellement mises en apposition.

Chez les enfants, on rencontre encore une autre cause d'insuccès, ce sont les efforts et les cris que ces petits êtres font instinctivement, pour exprimer par là leurs souffrances et se soustraire à la douleur.

Cependant, il existe des vices de conformation, si pénibles, pour ceux qui en sont affectés, et si dégoutants, qu'on est autorisé, malgré le peu de chances de succès, à tenter tous les moyens pour débarrasser ces malheureux de leur infirmité. De ce nombre est l'extroversion de la vessie, dans laquelle la paroi antérieure de l'organe retenteur de l'urine manquant, la partie postérieure fait saillie au dehors par un écartement partiel de la ligne blanche.

M. Langenbeck a essayé d'une opération plastique pour obtenir la guérison de cette infirmité, et quoiqu'il n'ait point obtenu de succès complet, l'amélioration qui s'en est suivie paraît avoir été de nature à autoriser de nouvelles tentatives.

Le sujet de cette opération était un enfant de quatre

ans, affecté d'extrophie vésicale, avec absence de la paroi dorsale de la verge et de la symphyse du pubis. Le professeur conçut l'idée de modifier l'état misérable de cet enfant, en ce sens que les urines, qui s'écoulaient sans cesse de la scissure profonde abdominale, seraient conduites vers le canal creusé dans la verge, où un appareil convenable les aurait reçues. L'opération consista à circonscrire la surface rouge, molle et mamelonnée formée par la paroi postérieure de la vessie herniée, par deux grandes incisions semi-elliptiques, à détacher, de chaque côté, la peau des tissus sous-jacents, dans l'étendue d'un pouce et demi, et à ramener les deux lambeaux latéraux au-devant du vice de conformation, pour les réunir sur la ligne médiane. La vessie extrophiée se trouvait ainsi cachée derrière cette nouvelle paroi antérieure de l'abdomen, et les urines devaient s'écouler par une ouverture qui se trouvait en bas vers la racine de la verge. Aussi longtemps que les points de sutures maintinrent les lambeaux réunis, les choses se passèrent ainsi; mais les mouvements de la respiration et les efforts que l'enfant ne cessa de faire, mirent obstacle à l'adhésion permanente : la réunion n'eut pas lieu et l'infirmité ne fut que peu améliorée. Nonobstant cela, le savant opérateur de Berlin n'abandonne pas l'espoir de réussir ultérieurement.

Les téguments de la face et du front conviennent admirablement pour la réparation de mutilations et pour l'occlusion de pertes de substance; aussi est-ce à la face que la chirurgie plastique trouve son application la plus étendue.

La peau du front et du nez se distingue de celle du reste de la face, en ce qu'elle offre une grande consistance, qu'elle ne repose pas sur une épaisse couche de tissu cellulo-graisseux et qu'elle n'a que de faibles liens

de contact avec les parties sous-jacentes. Les lambeaux, formés aux dépens de ces téguments, se contractent à peine après leurs nouvelles adhésions, et se laissent greffer avec la plus grande facilité sur les contours avivés d'une perte de substance. C'est surtout lorsque le lambeau doit être pédiculé que l'on reconnaît tous les avantages de ces téguments pour le but auquel on les destine.

Ainsi, si l'on veut éviter de reconstruire une aile du nez au moyen d'un lambeau pris au front, on peut trouver dans les téguments du nez lui-même les matériaux pour cette réconfection.

Mr Langenbeck détache un lambeau triangulaire du côté sain du nez, et le transplante sur le côté malade, où il le fixe d'une manière définitive. Pour cela, on circonscrit sur le côté du nez resté intact, un lambeau triangulaire dont la base est en bas et occupe toute la largeur de l'aile du nez, et dont le sommet se trouve vers la racine du nez. Cette partie de téguments ainsi circonscrite, est ensuite disséquée et détachée des parties sous-jacentes, et le lambeau transplanté et greffé sur la perte de substance dont les contours ont été préalablement avivés. Le pédicule du lambeau, formé par le sommet du triangle, ne subit presque pas de pivotement. La surface saignante résultant de cet emprunt fait au côté sain du nez, se cicatrise par granulation, mais d'une façon si heureuse qu'il reste à peine la plus petite trace de cicatrice.

La réconfection d'une aile du nez au moyen d'un lambeau pris à la joue, n'offre jamais qu'un résultat défectueux, et, même dans les cas les plus heureux, il reste toujours une cicatrice fort apparente. Souvent le tissu inodulaire attire vers lui les parties avoisinantes et fait dévier l'angle correspondant de la bouche.

La peau mobile des joues et des lèvres se prête fort

heureusement à la réconfection d'une partie ou de la totalité de ces organes; mais, ici, les lambeaux pédiculés ne conviennent pas, et c'est à la méthode dite par glissement qu'il faut donner la préférence.

IV. De la distribution des vaisseaux sanguins dans les téguments destinés a servir de lambeaux réparateurs.

La distribution des vaisseaux sanguins, surtout ceux du système artériel, dans les téguments destinés à la formation de lambeaux réparateurs, réclame une étude sérieuse de la part de l'opérateur.

Il est indispensable que le pédicule, seul lien entre le lambeau et le reste de l'organisme, renferme des divisions artérielles suffisantes, en nombre et en calibre, pour alimenter le lambeau et y entretenir la vie jusqu'au moment où il aura pris droit de domicile dans sa nouvelle station.

Si, en effet, le lambeau ne conservait que des artères coupées à son contour, et seulement quelques petites ramifications de peu d'importance dans son pédicule, il en résulterait évidemment une insuffisance de matériaux nourriciers, et le lambeau serait exposé à une mortification inévitable.

Si, par exemple, pour la reconstruction d'une grande perte de substance de la face — la lèvre supérieure, l'angle de la bouche et une partie de la joue — on était obligé d'emprunter un lambeau aux régions temporale et malaire, il se trouverait que la presque totalité de vaisseaux nourriciers, se rendant au lambeau, serait coupée au contour de celui-ci; son pédicule, situé nécessairement dans le voisinage de l'apophyse montante du maxillaire

supérieur, sur le côté du nez, ne renfermerait que de petites ramifications venant de l'artère nasale et de la terminaison de la faciale, tout à fait incapables d'entretenir la vie dans ce large lambeau.

Par contre, les téguments de la région temporale sont très-propres à la réconfection des paupières, par la raison que le pédicule de ces lambeaux renferme toujours des branches de l'artère temporale qui vont se distribuer au corps du lambeau réparateur. Les anastomoses s'y établissent ainsi facilement entre les vaisseaux de celui-ci et les parties auxquelles il sera uni, puisqu'ils proviennent d'une origine commune.

L'artère du grand angle de l'œil — artère nasale —, a des anastomoses nombreuses, sur le front, avec les divisions de l'artère temporale; tandis qu'aux autres parties de la face, les anastomoses de l'artère temporale avec les divisions du reste des artères de la face, sont infiniment plus rares. Ce large lambeau destiné à la reconstruction d'une partie de la face, ne reçoit le sang que par les dernières divisions de l'artère nasale. Le liquide nourricier trouvera donc de grandes difficultés pour arriver à la partie des téguments prise à la tempe, puisque cette direction du courant sanguin n'a rien de normal, les téguments de la tempe étant fournis presque exclusivement par les divisions de l'artère temporale, coupées ici à la périphérie du lambeau.

Dans la rhinoplastie, le pédicule nourricier du lambeau est disposé de telle sorte qu'il se trouve vers le grand angle de l'un ou l'autre œil, et qu'il renferme dans son épaisseur une branche artérielle — l'artère angulaire — qui se distribue aux téguments du front.

Dans la réconfection d'une moitié du nez au moyen d'un lambeau pris au côté sain de l'organe, on dispose

le pédicule de telle sorte qu'il se trouve à proximité du grand angle de l'œil et qu'il renferme des divisions artérielles qui se distribuent aux téguments du nez.

La distribution des artères dans les téguments de la face, ou dans la peau des extrémités, diffère de beaucoup par le nombre et le calibre des ramifications artérielles.

A la face, les divisions artérielles sont nombreuses et y ont un certain calibre; tandis qu'aux extrémités, les téguments ont des vaisseaux extrêmement rares et que le système capillaire artériel y est infiniment moins développé. De là résulte le danger de voir se mortifier les lambeaux pédiculés qu'on serait tenté de former aux dépens des téguments des extrémités.

Les opérations plastiques pratiquées sur la voute palatine, au moyen du tissu gencival de cette région, ne sauraient réussir; parce qu'en détachant ce tissu, nourri exclusivement par les divisions de l'artère ptérigo-palatine de l'os sousjacent, on détruit ses connexions vasculaires avec le périoste, et qu'on tarit ainsi la source d'où il tire sa vitalité. Si ce tissu se trouvait dans d'autres conditions de circulation sanguine, rien n'empêcherait de l'utiliser avec succès pour l'occlusion des fentes osseuses du palais.

L'hypérémie que l'on observe parfois dans les lambeaux transplantés, n'est pas toujours la suite d'une affluence excessive de sang artériel; elle est, au contraire, plutôt le résultat d'une difficulté que rencontre le sang veineux dans son passage à travers les vaisseaux du pédicule, par suite de la torsion que celui-ci a subie.

M. Langenbeck apporte un grand soin dans la manière de faire pivoter le pédicule, surtout celui du lambeau frontal destiné à former le nouveau nez dans la rhinoplastie, afin de le soustraire à tout tiraillement. Il évite

aussi toute espèce de compression que les points de suture, placés dans sa proximité, pourraient exercer sur ce pédicule, et il enlève de bonne heure les liens des sutures; précautions qui ont pour effet de diminuer les chances d'une stase sanguine dans le lambeau.

V. Règles générales relatives a la partie technique des opérations plastiques.

Toutes les opérations plastiques se rapportent à deux méthodes générales, lesquelles peuvent être modifiées, chacune de différentes manières, ou bien être combinées dans l'application.

Ces méthodes consistent :

1° Dans la transplantation d'un lambeau pédiculé sur un point plus ou moins éloigné de l'endroit où l'emprunt est fait;

2° Dans l'emprunt d'un lambeau non-pédiculé au voisinage immédiat de la partie à combler; lambeau qu'on détache des couches sous-jacentes, qu'on fait glisser, en le soumettant à un certain degré de tiraillement, sur l'endroit où manque la substance, et qu'on fixe ensuite aux contours de cette partie.

La méthode dite indienne, la méthode italienne ou de Tagliacozi, et la méthode allemande ou de V. Graefe, appartiennent à la première division.

La création de la seconde méthode, connue sous le nom de méthode par glissement, appartient incontestablement à Dieffenbach.

Il est bien vrai que Celse (Medic. Lib. VII. Cap. IX), connaisssait la possibilité de reconstruire des parties de la face, en empruntant aux téguments avoisinants la sub-

stance destinée à remplacer la partie perdue, et qu'il pratiqua même des incisions latérales pour faciliter le glissement des lambeaux; mais il n'en est pas moins vrai, et l'histoire postérieure de la chirurgie le démontre clairement, que cette méthode était restée entièrement dans l'oubli jusqu'à ce que Dieffenbach la ressuscitât et en fit une application générale, basée sur des règles anatomo-physiologiques précises.

« Il a plu à des écrivains français, dit M. Langenbeck, de s'approprier cette méthode, et de l'intituler du nom de méthode française; mais parce qu'il était arrivé une seule fois à Franco de reconstruire, de cette manière, une partie de la joue, s'en suit-il qu'on puisse s'attribuer l'honneur d'avoir inventé une méthode? Faire une opération unique, perdue en quelque sorte au milieu d'une foule d'autres opérations pratiquées par un homme éminent, ou bien établir des règles opératoires, fondées sur des principes physiologiques, telles que Dieffenbach les a exposées et généralisées, ne sont-ce pas là deux choses tout à fait distinctes? Il est incontestable qu'à l'époque où Dieffenbach avait porté la méthode par glissement à son point culminant, on s'occupait à peine en France de chirurgie plastique. La méthode par glissement, et celle que M. Jobert de Lamballe intitule méthode par renversement, font partie intégrante de celle créée par Dieffenbach. Toutes les deux ont vu le jour sur les rives de la Sprée et nullement sur les bords de la Seine. »

1° Des dimensions à donner au lambeau destiné à être transplanté.

Un lambeau destiné à être transplanté, doit avoir certaines dimensions qu'il serait difficile de fixer à priori

d'une manière absolue : cependant on peut dire, d'une manière générale, qu'il faut éviter d'en tailler dont les dimensions seraient trop petites, à cause de la difficulté qu'il y aurait à y maintenir la vitalité.

Un diamètre de quatre lignes peut être donné comme limite minimum de tout lambeau que l'on a en vue de transplanter.

Si l'on voulait, par exemple, combler une petite perte de substance à la racine du nez, aux paupières, aux ailes du nez ou à d'autres parties de la face, au moyen d'un lambeau pédiculé pris au front ou à la tempe, on ne tarderait pas à le voir dépérir à défaut de vitalité suffisante, malgré le soin qu'on aura eu de lui donner des dimensions proportionnées au degré de rétractilité que son tissu doit nécessairement subir après son adhésion définitive.

En général, lorsqu'il s'agit de petites pertes de substances à combler, il est préférable d'avoir recours à la méthode par glissement, en empruntant le lambeau aux parties immédiatement avoisinantes, comme on le fait pour la blépharoplastie.

Les lambeaux pédiculés conviennent mieux aux grandes pertes de substance à la face.

Lorsqu'on se sert de téguments minces, comme le sont ceux de la tempe, il convient de donner au lambeau quelques lignes de plus, pour éviter qu'après la rétractilité, qu'il subira ultérieurement, ses dimensions ne deviennent trop petites.

2° *De la forme à donner au lambeau.*

La forme d'un lambeau que l'on confectionne en vue de le transplanter, doit être aussi simple que possible, tout en lui donnant cependant une configuration qui le

fasse s'accommoder à la perte de substance qu'il est destiné à combler.

Le lambeau triangulaire de Dieffenbach pour la reconstruction du nez, a une forme trop simple, ses pointes sont trop aigues, ce qui les expose à se gangréner. M. Langenbeck arrondit ces pointes et obvie ainsi à ce danger, tout en rendant l'ajustement du lambeau pour le moins aussi facile.

L'art d'adapter les dimensions et la forme du lambeau à la partie qu'on a en vue de restaurer, constitue un point important de la chirurgie réparatrice; c'est ici que le génie de l'opérateur doit se faire voir : cependant il est juste de dire que trop de rafinement artistique compromettrait aisément le succès de l'opération.

3° *De l'ajustement du lambeau et de la manière d'en assurer la coaptation.*

Le lambeau doit être ajusté de telle sorte que ses bords et sa surface saignante soient mis en contact parfait avec le contour et avec la surface cicatrisée, préalablement avivés, de la partie mutilée. Cette coaptation doit avoir lieu dans une étendue aussi grande que possible.

Lorsque la partie qu'on a en vue de restaurer est recouverte de tissu cicatriciel, celui-ci doit être entièrement enlevé par une dissection délicate.

Supposons qu'on se propose de restaurer l'extrémité ou lobe du nez : il ne suffit pas d'aviver les bords seuls du moignon et de les mettre en apposition avec ceux du lambeau; il est de nécessité absolue d'enlever avec soin tout le tissu cicatriciel du moignon, afin de mettre cette surface saignante en contact avec la surface saignante du lambeau. Est-il besoin de dire que ce temps de l'opération

réclame toute l'attention et toute la patience du chirurgien? Ce serait une faute grave que d'enlever, dans cet avivement, une partie saine : l'instrument tranchant doit se borner à enlever le tissu cicatriciel seul.

Cette règle a surtout de l'importance lorsqu'il s'agit de restaurer une lèvre, une paupière ou une aile du nez, dont les bords cartilagineux ou muqueux, ne sauraient être remplacés dans l'état où la nature les a formés. Il est donc indispensable d'en ménager toutes les portions, quelque petites qu'elles soient.

Dans plusieurs opérations de rhinoplastie, M. Langenbeck put sauvegarder une très-mince languette du bord libre des narines; il y fixa les bords correspondants du lambeau frontal au moyen de très-fines aiguilles, et conserva ainsi, au nouveau nez, des narines cartilagineuses, ayant un contour normal, ce qui donna au nouvel organe toute l'apparence d'un nez naturel. Dans d'autres cas, il a su conserver, de la même manière, le bord tarsal libre de paupières, détruites dans le reste de leur étendue, et y attacher le lambeau, de sorte que la nouvelle paupière eût un bord libre, ferme et garni de cils, absolument comme à l'état normal.

Dans la rhinoplastie partielle, d'après la méthode indienne, il convient de mettre à l'état de cruentation toute l'étendue des parties avec lesquelles la surface saignante du lambeau doit se trouver en contact. Pour cela, on fait à la surface dorsale du nez une incision, s'étendant à toute sa longueur; on en dissèque les lèvres de chaque côté, dans une étendue suffisante pour qu'elles reçoivent, dans leur intervalle, le pédicule du lambeau. Lorsque, par exemple, la mutilation se borne à l'extrémité du nez, il faut, après avoir enlevé le tissu cicatriciel, faire remonter une incision sur la ligne médiane de l'organe jusque près

de sa racine, et en disséquer les lèvres latéralement comme il vient d'être dit.

Afin de faciliter la parfaite coaptation des bords du lambeau avec le contour avivé de la partie qu'il doit remplacer, il faut disséquer les bords de cette partie dans toute leur étendue, et les détacher des parties sous-jacentes dans une largeur de trois à cinq millimètres ; ce qui permet de les soulever, de les renverser même un peu en dehors, et de les mettre dans un ajustement parfait avec les bords saignants du lambeau. Cette précaution est trop souvent négligée, et il en résulte presque immanquablement des difficultés dans la coaptation.

Le meilleur moyen d'assurer la coaptation des parties avivées dans les opérations plastiques — on peut dire le seul qui soit applicable —, est la suture. Jamais les emplâtres agglutinatifs ne peuvent être employés comme moyen principal de réunion ; tout au plus peut-on y avoir recours comme moyen accessoire.

M. Langenbeck préfère la suture entortillée partout où elle est applicable ; celle dite à points séparés, ou entrecoupée, est employée à l'angle interne de l'œil, aux ailes du nez, et, en général, dans tous les enfoncements où la suture entortillée est d'une application par trop difficile, ou même impossible.

Ces deux espèces de sutures sont les seules dont le professeur de Berlin fasse usage dans ses opérations plastiques.

Il se sert, pour la suture entortillée, d'épingles dites de Carlsbad, dont la pointe est applatie en forme de fer de lance. Ces épingles ainsi confectionnées traversent les tissus avec une grande facilité. On les fixe préalablement dans un pot de cérat, lequel fait en quelque sorte l'office de pelotte, tout en graissant convenablement les petits instruments.

Les épingles de Carlsbad se vendent en séries de numéros, depuis le n° 1, jusqu'au n° 12, suivant leur grosseur, laquelle doit nécessairement varier d'après la résistance à vaincre pour traverser les lèvres des plaies et les maintenir en juxta-position.

Dieffenbach préférait, pour la suture entortillée, du gros fil de coton, et M. Langenbeck est de son avis. Le fil de coton étant élastique se prête mieux que le fil ordinaire au gonflement des tissus, qui sont ainsi moins exposés à être coupés.

Chaque point de suture entortillée doit rester isolé et n'avoir aucune solidarité avec ses voisins; c'est-à-dire, qu'on n'imitera pas les chirurgiens français qui conduisent le même fil d'une épingle à l'autre, en le croisant dans l'intervalle, ce qui rend tous les points de suture solidaires l'un de l'autre.

Pour passer les épingles, on saisit une des lèvres de la plaie — ordinairement la droite par rapport à l'opérateur —, au moyen d'une pince à dents de souris, tenue de la main gauche; avec l'épingle tenue de la main droite, on traverse la lèvre vers la partie moyenne de son étendue; puis on répète la même chose pour le côté opposé. Les deux lèvres sont alors rapprochées avec toute l'exactitude possible, de manière que l'une ne fasse pas saillie au-dessus de l'autre, mais que les deux bords épidermiques se trouvent sur le même niveau et en apposition parfaite. Alors on recourbe légèrement les deux extrémités de l'épingle en avant, afin de les éloigner de la peau et de soustraire celle-ci à l'action de leurs pointes, même après quelles auront été coupées; ensuite, on passe le fil de coton, en lui faisant décrire un huit de chiffre autour de l'épingle, et on le noue par un double nœud. Avant de couper les bouts du fil, on s'en sert pour attirer

un peu vers soi l'épingle, dont, avec une petite tenaille, on coupe les extrémités à quelques millimètres de la peau. Enfin les bouts du fil sont coupés à leur tour, près du nœud. Les autres épingles sont placées successivement de la même façon.

Le degré de constriction à donner au fil, dans la suture entortillée, est un point extrêmement important. Trop peu de tension expose les lèvres de la plaie à se désunir, tandis que l'excès contraire peut entraîner la section de la peau. Entre les deux écueils il vaut mieux pêcher par trop de constriction que par trop peu de tension.

On a conseillé de serrer les fils des sutures par un nœud à rosette, sous le spécieux prétexte de pouvoir les desserrer ou resserrer suivant le besoin; mais ceux qui ont donné ce conseil oubliaient, sans doute, que les fils une fois imprégnés de sang, ne tardent pas à sécher et les nœuds à devenir tellement serrés qu'il ne serait possible de les défaire qu'après les avoir mouillés longtemps, ou bien en exposant les parties à des tiraillements très-nuisibles.

Les distances qu'on doit laisser entre les points d'entrée et de sortie des aiguilles et les bords de la plaie doivent nécessairement varier d'après sa profondeur et sa largeur. Dans les plaies superficielles, surtout dans celles au voisinage des paupières, les points de suture seront placés très-près des bords, et les aiguilles dont on se servira seront très-fines. Pour les autres parties de la face, les points d'entrée et de sortie des aiguilles se trouveront à une distance de trois ou quatre millimètres des bords de la division. Dans la périnéoplastie, cette distance sera d'un centimètre à un centimètre et demi au moins.

L'intervalle à laisser entre les points de suture, sera mesuré de telle sorte que les lèvres de la plaie ne restent

nullement béantes. Il y a des opérations plastiques où cet intervalle ne doit pas dépasser trois millimètres.

En général, on ne procède à la réunion des lèvres de la division qu'après que tout écoulement de sang a cessé, et que la plaie a été soigneusement lavée des caillots qui peuvent s'y trouver. Une éponge très-fine enlève le sang à mesure qu'on place les points de suture.

Il y a cependant des cas où il serait irrationel d'attendre la cessation complète de l'écoulement sanguin : par exemple, dans les opérations pratiquées sur les lèvres ou sur d'autres parties riches en capillaires artériels, parce qu'ici la prompte apposition des lèvres de la plaie est le meilleur moyen hémostatique.

Dans la plupart des cas, M. Langenbeck place alternativement un point de suture entortillée et un point de suture entrecoupée. Ce procédé paraît avoir des avantages, surtout au moment où l'on enlève les sutures, comme on le verra bientôt.

Lorsque tous les points de suture sont placés, on enduit toute la partie de collodium. Ceci a l'avantage de soustraire la plaie et les piqûres des sutures au contact de l'air et des liquides qui pourraient venir les mouiller, tout en aidant au maintien de la coaptation par l'adhésion de la couche plastique sur les deux lèvres de la divison (*). Seize ou dix-huit heures après l'opération, quelque fois huit ou dix heures après, le professeur de Berlin commence à enlever les sutures. Pour cela, il y a des précau-

(*) Après l'évaporation de l'éther, le collodium laisse une pellicule très-mince, imperméable, mais sujette à se fendiller. Cette raison m'a conduit à préférer au collodium, une solution de gutta-percha dans du chloroforme — solution de consistance syrupeuse. — Après l'évaporation du chloroforme, il reste sur les parties qui en avaient été enduites, une pellicule de gutta-percha, très-imperméable, élastique, et en même temps exempte de l'inconvénient de se fendiller.

tions à prendre. D'abord, afin d'assurer la coaptation, il passe un nouvel enduit de collodium sur les fils; puis, au moyen d'une petite pince ordinaire, dite d'horloger, il saisit l'extrémité de l'épingle du côté où elle est entrée dans les tissus, et lui imprime un ou deux mouvements de rotation sur elle-même; ensuite il la retire dans la direction de la courbe qu'elle a suivie, tandis que l'ongle du pouce de la main restée libre soutient le fil ainsi que la lèvre de la plaie du côté par lequel l'épingle sortira. Les fils en huit de chiffre, enduits de collodium, sont laissés en place, fixés qu'ils sont sur les lèvres de la plaie comme des griffes qui les maintiennent réunies. Après avoir enlevé toutes les épingles, on ôte, avec soin, les fils des sutures entrecoupées, qui sont remplacées aussitôt par des bandelettes étroites de taffetas gommé d'Angleterre, enduites à leur tour de collodium. La couche plastique se détache spontanément après huit ou dix jours, et laisse voir une cicatrice linéaire presque imperceptible.

Au moyen de ce système de pansement, la cicatrisation par première intention, même après les grandes opérations plastiques telles que la rhinoplastie, s'opère sans la moindre inflammation et sans suppuration; accidents que la présence des fils et des épingles détermine parfois dans les pansements ordinaires.

Les points de suture qui réunissent des parties sujettes à être tiraillées, telles que les angles de la bouche, les ailes du nez, l'union de la sous-cloison à la lèvre supérieure, ne seront pas enlevés aussi hativement; car, ici, les mouvements auxquels les parties sont exposées détacheraient la pellicule de colodium, laquelle cesserait dès lors de remplir le rôle auquel elle était destinée. On tiendra note aussi de ce que, chez l'homme, la barbe poussant continuellement, quoique d'une manière insensible, dé-

tache immanquablement la couche de collodium au bout de peu de temps, d'où la nécessité de laisser les sutures un peu plus longtemps en place.

VI. Manière d'ajuster le pédicule nourricier du lambeau et d'en assurer la coaptation.

Depuis le moment où le lambeau a été isolé, jusqu'à sa coalescence définitive avec les parties qu'il est destiné à remplacer, son seul lien de communication avec le reste du corps est le pédicule. C'est par cette voie qu'il reçoit le sang artériel ainsi que l'influx nerveux nécessaires au maintien de sa vitalité.

Un afflux insuffisant de sang artériel, de même qu'un obstacle au retour du sang veineux, peut amener des désordres graves dans le lambeau et en déterminer la mortification.

L'afflux du sang artériel devient insuffisant lorsque le pédicule est trop étroit, ou qu'il est exposé à une tension ou une torsion excessive.

Une cause fréquente de trouble dans le retour du sang veineux par le pédicule, est une compression trop forte exercée par les points de suture dans la proximité de l'insertion du pédicule nourricier.

Lorsque le lambeau n'a pas les dimensions voulues pour combler la perte de substance, il est exposé à des tiraillements dont les effets se font sentir au point d'insertion du pédicule. On peut remédier à ce défaut, en prolongeant les incisions qui limitent latéralement le pédicule, et en disséquant la peau des tissus sous-jacents; en d'autres termes, en donnant au pédicule un peu plus de longueur.

Le résultat que l'on obtient par ce simple moyen est surtout remarquable dans la blépharoplastie par glissement, le lambeau étant pris à la tempe ; dans la restauration d'un côté du nez au moyen d'un lambeau pris au côté sain.

On reconnaît qu'un lambeau subit une tension trop forte, lorsqu'après sa réunion aux parties, la peau reste blanche, qu'elle est exsangue et comme parcheminée. A ces signes, il faut se hâter d'ôter tous les points de suture, et allonger le pédicule, en prolongeant les incisions qui le limitent latéralement et en le détachant des parties sous-jacentes. Sans cette précaution, la gangrène ne tarderait pas à s'y montrer.

Si un lambeau est destiné à être transplanté dans un point diamétralement opposé à celui d'où il est pris, par exemple dans la rhinoplastie au moyen d'un lambeau frontal, le pédicule est nécessairement exposé à un pivotement qui peut avoir pour conséquence un obstacle sérieux au retour du sang veineux.

Pour éviter cet accident, M. Langenbeck donne au pédicule une direction oblique. C'est ainsi que, dans la rhinoplastie, il place le point d'insertion du pédicule dans le voisinage du grand angle de l'œil, et de manière à ce que l'incision qui le limite supérieurement, se termine au sourcil ou bien un peu au-dessous, tandis que l'inférieure finit immédiatement au-dessous du ligament palbebral interne. Le point d'insertion du pédicule prend ainsi une direction oblique, et le lambeau tombe presque de lui-même au-devant de la face. Le pivotement qu'il subit est fort restreint et ne peut avoir aucun effet nuisible sur le retour du sang veineux. Dans d'autres opérations plastiques, telles que la réconfection de la sous-cloison du nez, au moyen d'un lambeau pris à la lèvre supérieure, il donne aussi au pédicule une direction oblique, au point

que son axe devient presque parallèle au diamètre transversal de la lèvre.

Ces précautions ont suffi pour que M. Langenbeck n'ait jamais rencontré, ni la stase sanguine, ni la gangrène du lambeau, dans les nombreuses rhinoplasties qu'il a pratiquées.

La largeur du pédicule nourricier d'un lambeau devra varier nécessairement d'après l'espèce d'opération plastique qu'on se propose de pratiquer. Ainsi, un nouveau nez, formé aux dépens des téguments du bras, réclame un pédicule d'une même largeur que le lambeau lui-même. Un lambeau emprunté aux téguments de l'épaule pour être transplanté au cou, exige aussi un pédicule d'une largeur considérable. Mais lorsque le lambeau est emprunté aux téguments de la face, il suffit d'un pédicule étroit. Les conditions dans lesquelles se trouvent ici la disposition et le nombre des vaisseaux sanguins expliquent cette différence. En général, un pédicule large de cinq à six lignes est suffisant.

M. Langenbeck n'a jamais dépassé sept lignes, et le pédicule le plus étroit qu'il ait formé n'avait pas moins de quatre lignes et demie. On n'oubliera pas que les téguments de la face sont doués d'une grande dose de vitalité, que le système artériel y est très-développé, en même temps que les téguments ont beaucoup de consistance; conditions qui permettent de donner au pédicule d'un lambeau beaucoup moins de largeur que dans d'autres régions.

Avant de procéder à la greffe définitive du lambeau, il faut s'assurer que le pédicule ne sera pas exposé à une tension ou à une torsion trop forte. Pour cela, on applique, avec grand soin, le lambeau sur la perte de substance, en faisant correspondre son contour avec les limites du

vide à combler, et l'on s'assure que le pédicule conserve assez de liberté pour que la circulation veineuse n'y soit point gênée.

Après qu'on a fixé le corps du lambeau dans sa nouvelle situation, on s'occupe de l'ajustement et de la coaptation de son pédicule. On aura soin de ne pas serrer, ici, les liens des sutures autant que dans les autres points de la périphérie du lambeau. On fera en sorte que les points de suture ne s'y trouvent pas, de chaque côté, sur la même ligne, mais que ceux d'un côté correspondent à un intervalle entre deux points de suture du côté opposé : le tout en vue d'éviter une compression qui pourrait devenir nuisible.

VII. Procédé pour border, de tissu muqueux ou cutané, le bord du lambeau destiné a former le contour d'une ouverture naturelle.

Il est rare qu'un lambeau, dont les trois bords sont réunis au contour de la perte de substance, subisse, après son adhésion définitive, quelques changements dans sa forme. Seulement il peut arriver que la rétraction qui s'opère consécutivement dans les tissus dont il est composé, surpasse la résistance du tissu cicatriciel qui l'unit aux parties voisines, et alors il se soulève vers son milieu et prend une forme bombée.

On remédie à ce léger inconvénient, en enlevant, par des incisions semi-elliptiques, de petites portions du tissu cicatriciel, et en opérant une nouvelle réunion, après toutefois avoir exercé, sur le lambeau, une tension suffisante pour l'applatir et lui donner une forme plus en rapport avec la partie qu'il doit remplacer.

Mais dans la plupart des grandes opérations plastiques, telles que la rhinoplastie, la cheiloplastie et la blépharoplastie, un des bords du lambeau reste nécessairement libre, puisqu'il doit figurer une portion du contour des narines, de la bouche ou de la paupière. Il en résulte que le tissu inodulaire, ne trouvant ici aucune résistance, amène à la longue, par suite de sa rétraction, un certain dégré de renversement ou d'autres difformités désagréables.

On peut corriger efficacement ces dispositions par l'un ou l'autre des procédés suivants :

1° En recouvrant ou doublant en quelque sorte, le bord libre du lambeau, au moyen d'une portion de la membrane muqueuse avoisinante;

2° En repliant le bord libre — auquel on a eu soin de donner une longueur suffisante — en dedans, c'est-à-dire, vers la surface saignante du lambeau, de manière à donner à ce bord une sorte d'ourlet en tissu cutané;

3° En détachant le tissu rosé des lèvres dans une certaine étendue, pour en recouvrir le bord du lambeau resté libre;

4° En donnant à ce bord libre une longueur telle qu'après la rétraction du tissu inodulaire, il conserve encore des dimensions suffisantes pour ne pas donner lieu à des rétrécissements ou des difformités.

Le premier procédé est indispensable, toutes les fois qu'il y a, dans le voisinage immédiat, une membrane muqueuse qu'on peut utiliser pour en recouvrir, en coiffer en quelque sorte, le bord libre du lambeau. Il est applicable dans la cheiloplastie, la blépharoplastie, la périnéoplastie, etc. On détache la membrane muqueuse, par une dissection délicate, dans une étendue convenable, et on l'amène par son bord sanglant, à la rencontre de la couche cutanée à laquelle on la fixe par des points de suture entrecoupée :

le bord libre présente ainsi l'apparence du tissu rosé naturel des lèvres.

Il arrive assez souvent qu'après que le travail adhésif a uni ces deux bords, la rétractilité de la peau surpasse celle de la membrane muqueuse, de sorte que celle-ci étant entraînée un peu en dehors, recouvre parfaitement le bord libre du lambeau auquel elle était destinée à fournir une doublure. Un certain degré d'ectropion peut même en résulter après la blépharoplastie, lequel, toutefois, ne sied pas mal à une paupière d'emprunt.

Après l'amputation du pénis, M. Langenbeck saisit les parois du canal de l'urètre avec une pince, les attire un peu en avant et isole le canal des corps caverneux dans une étendue de cinq à six millimètres; puis, il le fend par un coup de ciseaux et fixe les lambeaux de la muqueuse à la peau, en en recouvrant le moignon formé par les corps caverneux. Ce procédé a l'avantage de hâter la guérison de la plaie, de fournir une doublure de tissu muqueux à l'extrémité de l'organe, et d'empêcher le rétrécissement consécutif de l'orifice urétral.

Il arrive malheureusement trop souvent que les altérations qui réclament la formation d'une nouvelle paupière ou d'une nouvelle lèvre, ont envahi et détruit la membrane muqueuse dans une certaine étendue, ou que l'instrument tranchant a dû l'enlever dans la même étendue que les téguments externes. Il devient dès lors impossible de s'en servir pour doubler le bord libre de ces nouveaux organes, et il ne reste d'autre moyen pour s'opposer à la contraction consécutive de leurs tissus, que de donner à ce bord libre une largeur suffisante pour contrebalancer les effets de cette contraction.

Dans son procédé de rhinoplastie, M. Langenbeck replie en dedans vers la surface saignante, les extrémités

du lambeau destinées à former les ailes du nouveau nez; il leur a donné dans ce but une longueur suffisante. Il résulte de ce renversement, que les bords des narines sont formés de substance tégumentaire dans tout leur contour, et que leur ouverture reste indéfiniment à l'abri d'un rétrécissement, et à plus forte raison de l'occlusion. La portion repliée est fixée, les deux surfaces saignantes en contact, au moyen d'un point de suture. Même procédé pour conserver à la nouvelle sous-cloison sa rondeur naturelle : la partie du lambeau destinée à former le septum est pliée dans le sens longitudinal, de sorte que sa surface saignante est en contact avec elle-même; puis on la fixe dans cette position par un point de suture (*).

M. Langenbeck a fait connaître récemment un autre moyen extrêmement ingénieux de doubler, de tissu rosé normal, le bord libre d'une nouvelle lèvre. Ce procédé consiste à détacher du tissu sous-jacent, le bord rosé de la portion de lèvre restée intacte, et à le faire glisser sur le bord sanglant de la nouvelle lèvre, de manière à recouvrir celle-ci de tissu labial dans toute son étendue.

Comme c'est la lèvre inférieure que le chirurgien est le plus souvent appelé à reconfectionner, nous la prendrons pour exemple afin de faire mieux comprendre l'opération dont il s'agit :

Supposons que les deux tiers de la lèvre inférieure aient été enlevés et que la perte de substance ait été comblée au moyen d'un lambeau pris aux parties avoisinantes — procédé par glissement —. Le bord libre de cette nouvelle lèvre est nécessairement dépourvu de tissu muqueux; il ne tardera pas, à la suite du travail de cicatri-

(*) Voir plus loin, article rhinoplastie.

sation, à se renverser en arrière en laissant à nu les dents de la machoire inférieure.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Langenbeck, mettant à profit l'extrême extensibilité du tissu rosé formant le bord labial, emprunte à la partie restante de la lèvre et au besoin, à la lèvre supérieure, une languette de tissu rosé pour l'appliquer sur le bord libre et sanglant du lambeau, et reconfectionner ainsi le contour de la bouche dans ses conditions normales. Il saisit, au moyen d'une pince à dents de souris, l'extrémité du tissu rosé limitant la perte de substance et la tend suffisamment, tandis qu'avec un petit scalpel à double tranchant, passé horizontalement et à plat à travers l'épaisseur du bord labial, sur la ligne de séparation de la peau et du tissu rosé, il détache celui-ci dans une étendue suffisante. La même chose est faite sur la lèvre supérieure, s'il en est besoin; puis, les deux languettes de tissu labial sont glissées par dessus le bord libre et saignant de la nouvelle lèvre, et portées à la rencontre l'une de l'autre jusqu'à ce que leurs extrémités soient mises en rapport. On les réunit alors par deux ou trois points de suture. Enfin, la surface sanglante de ces languettes est réunie, par ses bords cutanés en dehors et son bord muqueux en dedans, au contour de la partie reconfectionnée de la bouche auquel on donne ainsi un aspect régulier, en le bordant d'une membrane muqueuse qui le maintient normalement au-devant des dents.

Une recommandation à faire, c'est de diviser le bord libre de la lèvre à deux ou trois millimètres de la membrane muqueuse, empiétant ainsi sur le tissu cutané. En laissant sur le lambeau une petite portion du tégument externe, on en assure mieux la vitalité et on obtient des réunions plus faciles et des cicatrices moins apparentes.

Quand on a exécuté le procédé de stomatopoésis de

Dieffenbach, en fendant les commissures de la bouche dans le sens horizontal, on peut coiffer le bord libre de la nouvelle lèvre au moyen de languettes prises à la lèvre restée intacte. Si c'est le segment inférieur de la bouche qu'on a ainsi reconstruit, on utilise le bord libre de la lèvre supérieure, qu'on détache de chaque côté depuis la commissure jusqu'à un centimètre de la ligne médiane; puis on en rapplique les deux languettes sur la partie dénuée du contour de la bouche, en les y fixant par un grand nombre de points de suture; ce que permet facilement la grande extensibilité du tissu labial.

VIII. Phénomènes physiologiques qui se passent dans les lambeaux transplantés.

Il se passe dans les lambeaux soumis à la transplantation, et fixés dans de nouvelles limites, une série de phénomènes physiologiques fort curieux.

Si les connexions d'un lambeau avec les parties d'où on l'a pris, ou en d'autres termes, si son pédicule a une largeur suffisante — de quatre à sept lignes, — la peau commence par pâlir; mais, après quelques instants, elle se colore d'une teinte légère. De petites plaques bleuâtres se montrent et disparaissent alternativement. Le centre du lambeau devient un peu bombé, tandis que ses bords ont une tendance à se renverser vers la surface saignante : il tend en quelque sorte à se rouler sur lui-même, et ses dimensions se réduisent d'un quart, ou davantage. Le pédicule conserve sa sensibilité normale, tandis qu'elle est presque éteinte dans le reste du lambeau. A peine la parfaite coaptation des bords du lambeau avec le contour de la perte de substance est-elle assurée, que le travail d'adhésion commence.

« Déjà quelques heures après la coaptation, dit Dieffenbach, l'adhésion est assez ferme pour que les parties ne puissent être désunies que par des tractions assez fortes, et en donnant lieu à un écoulement sanguin notable. Un certain degré de vascularité s'y est donc déjà développé. Souvent le milieu du lambeau se soulève, bombe et fait relief, et cette espèce de gonflement augmente encore les jours suivants. Ce sont là les effets d'une hypérémie le plus souvent passive, dépendant de la difficulté qu'éprouve le sang veineux de faire retour à travers le pédicule plus ou moins tordu, tandis que les artères, plus actives, continuent à envoyer du sang, en surmontant le léger obstacle qui résulte du pivotement du pédicule. Chez les jeunes sujets, forts et vigoureux, l'hypérémie est quelquefois active; mais chez les individus agés ou affaiblis, elle est purement passive. Le lambeau, dans ces cas, devient épais et bleuâtre, et offre au toucher une consistance molle, dépourvue d'élasticité. Si l'on pratique sur un lambeau ainsi congestionné, de petites scarifications, il en suinte du sang noir, veineux; tandis que dans l'hypérémie active, les scarifications donnent lieu à un écoulement de sang rouge, artériel. Les déplétions locales — scarifications ou sangsues — sur le lambeau même, les applications froides, remédient à l'hypérémie active : un traitement stimulant général, uni aux scarifications, prévient l'asphyxie du lambeau dans les congestions passives.

« Du moment où la circulation entre le lambeau et les parties auxquelles il vient d'être réuni est librement établie, que la gêne causée au cours du sang par les points de suture se dissipe, le lambeau prend l'aspect de la peau avoisinante : il devient aussi plus ferme; ses bords se contractent, ont une tendance marquée à se renverser vers la surface saignante, et, s'ils ne sont pas soutenus par

un substratum solide, il se forme, le long de la ligne de coaptation, une espèce de sillon ou d'enfoncement.

« Du huitième au quinzième jour, l'épiderme devient comme parcheminé, il s'y fait une desquammation qui laisse voir une nouvelle couche épidermique. Les poils, s'il s'en trouve sur le lambeau, se dessèchent et tombent, ou bien se laissent facilement arracher, pour croître de nouveau, mais moins nombreux et moins forts. »

M. Jobert de Lamballe a fait bon nombre d'expériences pour arriver à connaître le degré de sensibilité dans le lambeau et la manière d'après laquelle elle s'y rétablit. Les résultats auxquels il est arrivé tendent à prouver que le rétablissement de l'influx nerveux s'y opère sans qu'il y ait formation de nouvelle substance nerveuse. Dans un cas qu'il eut l'occasion de soumettre à l'examen anatomique, neuf années après l'opération, la dissection la plus minutieuse ne permettait pas de suivre les filets nerveux, divisés lors de l'opération, au-delà du tissu cicatriciel; ils s'arrêtaient brusquement au commencement de ce tissu, en se terminant par une sorte de renflement. Le tissu inodulaire paraissait dépourvu de filets nerveux. Les divisions nerveuses qui, des parties voisines, se dirigeaient vers le lambeau, s'arrêtaient brusquement au tissu cicatriciel.

C'est un fait de physiologie fort curieux que le retour de la sensibilité dans un lambeau où l'anatomie ne découvre pas de ramifications nerveuses. Comment cette transmission des sensations a-t-elle lieu? On l'ignore. L'avenir peut-être expliquera ce fait.

Pendant les premiers jours, les opérés rapportent à la partie du corps d'où le lambeau a été pris, les sensations qu'on lui imprime. C'est ainsi que, dans la rhinoplastie au moyen d'un lambeau frontal, ils rapportent à la région frontale la sensation d'une piqûre d'épingle, faite au nez

nouveau. Peu à peu cette sensibilité diminue, et les sensations sont rapportées à la région réellement irritée.

La circulation dans le lambeau varie d'après le degré de vitalité de celui-ci. Quand toute réaction y a cessé et que la réunion a eu lieu partout, le sang devient pâle et liquide comme celui des personnes chlorotiques. Il ne laisse, après la coagulation, que peu de cruor et de fibrine, mais, par contre, son sérum est abondant et très-aqueux.

Les plaies des petites opérations secondaires qu'on est souvent obligé de pratiquer sur le lambeau, pour mieux le modeler à la partie qu'il doit remplacer, se cicatrisent rapidement sans offrir la moindre inflammation. Lorsque ces petites plaies ne peuvent pas être réunies par première intention, elles se cicatrisent au moyen d'une véritable régénération de tissus, semblable à ce qui s'observe chez les oiseaux. La surface de la plaie se couvre d'une couche de plasma, après la chûte de laquelle le tissu cutané se trouve tout formé. Si l'on enlève cette couche plastique protectrice, et qu'on empêche qu'elle ne se renouvelle, la plaie se couvre d'un liquide glutineux; sa surface ne suppure point, mais devient d'un rouge pâle; de petites inégalités s'y montrent, et un épiderme ne tarde pas à se former.

Une fois que les connexions vasculaires se sont établies entre le lambeau et les parties avoisinantes, la sensibilité, comme la circulation, et par suite la vitalité, n'y offrent plus rien qui soit en désaccord avec ce qui s'observe dans le reste des téguments. Mais auparavant, le lambeau ne participe qu'incomplètement aux affections cutanées qui peuvent exister sur l'ensemble de la membrane tégumentaire. C'est ainsi que l'on voit des dermatoses s'arrêter aux limites de la perte de substance et ne pas envahir la peau du lambeau.

Un des opérés de Dieffenbach fut pris d'un ictère, et,

tandis que toute la surface du corps offrait la teinte jaune, le nez nouveau restait parfaitement blanc.

Un malade de M. Jobert de Lamballe, opéré de blépharoplastie, gagna la variole dix jours après l'opération, et les pustules n'envahirent la nouvelle paupière que lorsque déjà tout le reste du corps en était couvert.

Il se produit encore dans la forme et la texture des parties transplantées d'autres modifications qui peuvent offrir de l'intérêt. Par exemple, si la surface saignante d'un lambeau est couchée sur une partie recouverte d'épiderme, comme il arrive dans quelques cas de rhinoplastie, chacune de ces deux surfaces offre des modifications sensibles. La surface saignante du lambeau ne se couvre pas d'épiderme, mais elle devient lisse et pâle, et se revêt d'un épithélium pavimenteux, analogue à celui des séreuses, exhalant, comme celles-ci, une humidité lubréfiante. La surface épidermique de l'ancien nez subit des modifications analogues, c'est-à-dire qu'elle prend l'apparence d'une membrane séreuse. Ces deux membranes glissent d'abord l'une sur l'autre, comme toutes les séreuses; mais, après un certain laps de temps, elles finissent par adhérer entre elles d'une manière fort intime.

Lorsque deux surfaces épidermiques sont mises en contact, à l'abri de l'action de l'air, elles prennent insensiblement l'apparence des membranes séreuses et finissent aussi par adhérer entr'elles.

Une membrane séreuse qui serait longtemps exposée au contact de l'air, se trouverait dans un état d'irritation permanente, qui finirait par modifier tellement sa surface qu'elle prendrait toute l'apparence de l'épiderme.

Une membrane muqueuse retournée de dedans en dehors, transplantée et mise en contact continuel avec l'air, gagne, en peu de temps, toutes les qualités extérieures de la peau.

DES

OPÉRATIONS PLASTIQUES

EN PARTICULIER.

I. De la Rhinoplastie totale.

Préliminairement à toute opération de rhinoplastie — qu'elle soit partielle ou totale —, on doit tailler, dans un morceau d'emplâtre agglutinatif, un modèle de nez un peu plus grand que le nez qu'on se propose d'obtenir, afin qu'après la cicatrisation et la contraction des tissus, l'organe ne devienne pas trop petit, ce qui arriverait inévitablement si l'on ne prenait pas cette précaution.

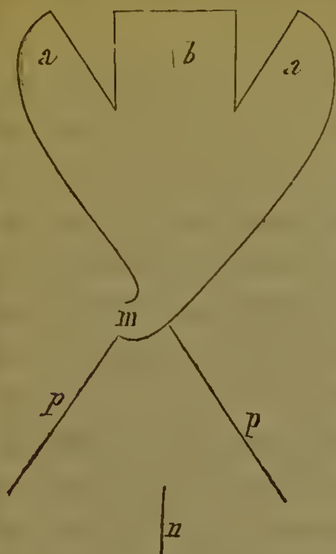


Fig. 1.

Fig. 2.

Ce modèle doit avoir la forme de la Fig. 1re; on le colle par sa surface emplastique sur le front, le sommet en bas, et on en dessine le contour sur la peau avec de l'encre. En *a a* sont figurés les prolongements qui formeront les ailes du nez : *b* est la sous-cloison. En *m*, Fig. 2, se trouve le pédicule nourricier du lambeau, vers l'angle interne de l'œil droit; *n* est une incision verticale, traversant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, et dans la quelle viendra s'emboîter la sous-cloison du nez nouveau; *p p* sont deux incisions obliques, suivant la direction du sillon génio-nasal, pratiquées de chaque côté des restes de l'ancien nez, et destinées à recevoir les bords latéraux du lambeau. L'une de ces incisions — celle du côté droit si le pédicule est situé à droite, celle du côté gauche si le pédicule se trouve de ce côté — va s'unir avec l'une des incisions limitant latéralement le pédicule du lambeau *m*.

Le nez nouveau doit avoir, autant que possible, la forme de l'ancien, et s'harmoniser avec le reste de la face. Un seul et même modèle ne saurait donc servir à toutes les opérations : au contraire, le modèle devra varier selon la physionomie des sujets. Si l'ancien nez était courbé à la romaine, la partie moyenne du lambeau devra avoir un peu plus de largeur, afin d'imiter cette courbure. L'ancien nez était-il droit — la forme du nez grec? — on donnera au lambeau un peu moins de largeur.

L'ancien nez était-il proéminent à la pointe? la base du lambeau devra être un peu plus large et la sous-cloison un peu plus longue.

Après ces attentions préliminaires, l'opérateur commence par les incisions obliques *p p*, sur les cotés du cratère qui occupe la place de l'ancien nez, en faisant pénétrer l'instrument tranchant jusqu'à l'os : il en dissèque aussitôt les lèvres externes, dans une étendue de deux à trois lignes, afin de pouvoir aisément les renverser un peu en dehors et faciliter par là leur coaptation avec les bords latéraux du lambeau.

Le deuxième acte de l'opération consiste à former le lambeau et à le détacher du front. Pour cela, on suit les lignes tracées à l'encre, en commençant par l'angle latéral droit de la sous-cloison et suivant les lignes du même côté : ensuite on fait marcher le scalpel le long des lignes du côté gauche, et on termine par le bord supérieur formant la base de la sous-cloison. En procédant de cette manière, la peau reste toujours tendue et l'action de l'instrument est rendue plus facile. Tous les angles et les coins doivent être coupés avec soin avant de commencer la dissection du lambeau. Cette dissection est faite par de larges traits de scalpel, de haut en bas, en ayant grand soin de ne pas entamer le péricrâne.

La partie la plus essentielle dans cet acte est la forme et la situation à donner au pédicule par où le lambeau recevra ses fluides nourriciers. Il a été dit plus haut que le pédicule ne peut jamais avoir moins de quatre lignes de largeur; en général, M. Langenbeck lui donne une largeur de six lignes. Il fait en sorte qu'il soit situé obliquement vers le grand angle de l'œil de l'un ou de l'autre côté, et de manière à ce qu'il comprenne, dans sa largeur, l'artère et la veine angulaires intacts. La direction obli-

que du pédicule fait qu'il peut aisément pivoter sur lui-même sans être exposé à une trop forte torsion.

Arrivé là, l'opérateur abandonne le lambeau à son propre poids et s'occupe du pansement de la plaie frontale. Il dissèque latéralement, et à une distance assez grande, les lèvres de la plaie du front, et en réunit les angles et les bords par des points de suture. Il arrive parfois qu'on parvienne à fermer la plaie en entier; dans tous les cas on en diminue la largeur au point de la changer en une simple plaie longitudinale, située au milieu du front. On panse celle-ci avec de la charpie et des bandelettes agglutinatives. Plus tard, si la cicatrice est trop apparente, on peut, par de petites excisions partielles, enlever successivement tout le tissu cicatriciel et lui substituer une cicatrice linéaire presque invisible.

Le troisième acte consiste dans l'ajustement du lambeau et dans sa coaptation avec le contour avivé de la perte de substance. D'abord on replie en arrière ou en dedans les ailes du nez nouveau, et l'on maintient les deux surfaces saignantes réunies, au moyen de deux points de suture, en employant ici du fil de coton, qu'on aura soin de ne pas trop serrer. Ce doublement des téguments a pour effet de border de peau les nouvelles narines, et d'en prévenir le rétrécissement ultérieur.

Après cela, on plie la sous-cloison par son milieu, dans le sens longitudinal, en mettant la surface saignante en contact avec elle-même, et on la maintient pliée en la perçant de deux ou trois points de suture, que l'on peut laisser en place jusqu'à ce qu'ils aient coupé les tissus.

Ensuite on se met en devoir de réunir les lèvres de ces divisions, en commençant par la sous-cloison. Pour cela, on pratique dans le tiers supérieur et au milieu de la lèvre supérieure, une incision longitudinale *n*, qui tra-

verse toute l'épaisseur de l'organe; on la détache de la mâchoire et de la membrane muqueuse latéralement, et l'on y fixe, par quelques points de suture, la sous-cloison pliée longitudinalement sur elle-même. Alors on réunit les bords latéraux du nez nouveau par un grand nombre de points de suture, en employant alternativement la suture entortillée et la suture entrecoupée, et en procédant de bas en haut. On aura soin, une fois arrivé près du pédicule, de placer les points de suture de telle sorte qu'ils ne se trouvent pas de chaque côté sur une même ligne horizontale, mais que ceux d'un côté correspondent à un intervalle de deux points de suture du côté opposé : le tout pour éviter une compression trop forte du pédicule, ce qui y gênerait la circulation et donnerait lieu à une stase sanguine.

Après vingt-quatre heures, on commence par ôter les sutures dans la proximité du pédicule, en observant les prescriptions détaillées plus haut pour cette opération. Les autres seront enlevées les deuxième, troisième et quatrième jour.

Le traitement consécutif est de la plus haute importance pour le succès de toute opération plastique. Jadis on recouvrait le lambeau de fomentations vineuses et aromatiques, dans l'idée que la couleur bleuâtre qu'il offrait ordinairement était un effet de l'atonie des tissus. Mais aujourd'hui qu'on connaît mieux la cause de cette couleur livide, on la prévient aisément en ayant soin de disposer le pédicule de telle façon que le lambeau reçoive une quantité suffisante de sang artériel, et que le sang veineux puisse trouver une libre issue à travers les vaisseaux de cet ordre dans le pédicule.

Les applications froides, de petites scarifications, ou

quelques sangsues appliquées dans le voisinage du pédicule, remédient aisément à la stase sanguine.

Voici, pour plus amples renseignements à ce sujet, l'historique des suites d'une opération de rhinoplastie, que nous avons eu l'occasion de faire avec un succès complet :

« Des compresses trempées dans de l'eau glacée furent appliquées sur le nez nouveau. Le sang continua de couler par les narines, ce qui favorisait singulièrement le dégorgement du lambeau. On put remarquer, toutes les fois que des caillots obstruaient les narines, que le nez devenait livide, mais pour reprendre sa couleur normale dès qu'on eut enlevé les caillots et permis au sang de suinter de nouveau. Un pot de limonade, contenant trois onces de sel de glauber, fut prescrit : en outre, des boissons froides et la diète la plus sévère.

« Le lendemain, l'état général de l'opéré était très-satisfaisant. La couleur du nez nouveau était bonne, grâce au suintement sanguin qu'on avait facilité toute la nuit.

« Lorsqu'on touchait le nez, l'opéré éprouvait la sensation au front.

« Vers la fin de la journée, le suintement sanguin par les narines augmenta ; mais on se garda bien de l'arrêter artificiellement. Il cessa spontanément après une heure.

« Le 29 juillet, — l'opération avait été faite le 26 —, une petite fièvre traumatique s'était allumée ; les paupières étaient un peu œdématiées et rougeâtres. Cinq épingles furent ôtées ce jour-là, et la réunion, dans ces points, était parfaite.

« Le 30, la fièvre avait cessé, l'œdème des paupières avait diminué. Le reste des épingles fut ôté, et la réunion avait réussi partout. Des injections furent faites dans les fosses nasales, avec une infusion de camomille tiède. Une

nouvelle dose de sel neutre fut administrée, et l'on permit au malade du bouillon de veau.

« Le 31, les sutures entrecoupées des ailes du nez furent ôtées à leur tour, et la réunion y avait réussi comme dans les autres points. La plaie du front fut pansée pour la première fois, et on la trouva sensiblement réduite.

« La sensibilité normale commençait à se rétablir dans le nez nouveau, et lorsqu'on le touchait ou qu'on le piquait, le malade n'accusait plus la sensation au front, mais bien dans l'endroit réellement irrité ; cependant cette sensation était encore confuse.

« Le premier août, deux sutures de la sous-cloison furent ôtées, et on avait tout lieu d'être satisfait du degré de réunion. On accorda au malade une légère alimentation.

« Le 2, les autres sutures de la sous-cloison furent enlevées, et l'agglutination y était très-belle et parfaite.

« Le 5, l'état général était on ne peut mieux : la plaie du front, qu'on pansait journellement, était très-réduite, et offrait une belle granulation.

« Une mèche, longue de deux pieds et formée de huit ou dix fils de gros coton, fut placée par son milieu sur la nouvelle sous-cloison, et les extrémités conduites sur les côtés de la face au-dessus des oreilles, pour être nouées sur l'occiput ; cette mèche avait pour but de former le sillon naso-labial.

« A commencer de ce jour, on fit de fréquentes injections dans les fosses nasales, avec une décoction d'écorces de chêne, en vue de favoriser la rétractilité du tissu cicatriciel qui était en train de s'y former à la surface saignante du lambeau.

« Le 11, la réunion étant parfaite dans toutes les parties du nez nouveau, on appliqua sur les côtés un petit ap-

pareil destiné à le comprimer latéralement, et à faire saillir ainsi la partie dorsale du nouvel organe.

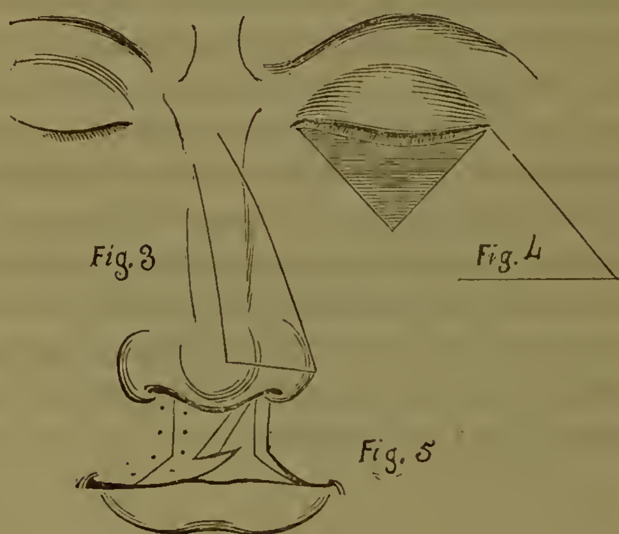
« Cet appareil consiste en deux languettes de cuir dur et épais, longues d'un pouce et demi à deux pouces, larges de six à huit lignes, et percées chacune de deux petits trous pour le passage de grosses aiguilles. Ces languettes sont appliquées, une de chaque côté du nez, puis fixées à l'aide de deux grosses épingles qui traversent toute l'épaisseur de la base du nez, en passant par les ouvertures dont les languettes sont percées. La pression latérale qu'on fait ainsi subir au nez peut être augmentée ou diminuée selon le besoin. On renouvelle l'appareil tous les huit ou dix jours, en ayant soin de passer les épingles dans des points différents des précédentes. »

La plupart des opérations plastiques réclament des perfectionnements ultérieurs dans la partie reconfectionnée, afin de la mettre en harmonie avec les formes naturelles. C'est par de petites opérations qu'on arrive à ces perfectionnements. Ainsi, le nez nouveau a-t-il le dos trop large? on excise sur la ligne médiane un petit lambeau longitudinal, et l'on réunit les lèvres de la petite plaie. Il en résulte que le dos du nez devient plus étroit, qu'il proémine davantage, et se rapproche d'autant du type normal. On remédie à d'autres défectuosités par de petites opérations analogues, qu'il serait impossible d'indiquer avec précision dans des généralités, et que le génie de l'opérateur doit lui suggérer.

II. Rhinoplastie partielle.

1° *Reconfection d'un côté ou d'une aile du nez au moyen d'un lambeau pris au côté sain de l'organe.*

Lorsqu'il s'agit de reconfectionner une aile du nez, M. Langenbeck, au lieu de prendre le lambeau au front, l'emprunte à la peau du côté sain du nez. Il prend d'abord la mesure de la perte de substance qu'il s'agit de combler, au moyen d'un morceau d'emplâtre agglutinatif, place le modèle sur le côté intact du nez, et y circonscrit un lambeau triangulaire, dont la base est en bas et le sommet en haut vers la racine du nez et le grand angle de l'œil du côté opposé (Figure 3). Cette partie de peau est dissé-



quée avec soin afin de ne pas entamer le cartilage, et transplantée au côté mutilé où on la fixe au contour, préalablement avivé, de la perte de substance. La plaie résul-

tant de la dissection de la peau — de l'emprunt du lambeau cutané — se cicatrise par granulation, et cela d'une manière si parfaite qu'on a de la peine à soupçonner qu'il y ait eu une perte de substance en cet endroit.

Ce procédé, que nous avons vu exécuter par M. Langenbeck, est très-original, et offre des résultats extrêmement satisfaisants.

2° *Reconfection d'un côté ou d'une aile du nez au moyen d'un lambeau frontal.*

L'avivement se fait au moyen d'une incision longitudinale descendant le long du côté mutilé du nez, depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la hauteur du cartilage latéral. Ici, le tranchant du scalpel est dirigé obliquement en dehors vers la joue, et s'arrête là où était jadis le point d'insertion de l'aile du nez. Une seconde incision, partant de l'endroit où la première a commencé à diverger, est dirigée obliquement en dedans et en bas, et va se terminer vers le lobule du nez. La portion de téguments, formant les contours de la défectuosité, comprise dans le triangle tracé par ces incisions, est ensuite enlevée.

Le lambeau qui doit combler cette perte de substance, est taillé sur un modèle, — collé préalablement sur le front, comme dans toutes les opérations de rhinoplastie —, et fixé ensuite dans sa nouvelle station. La suture entrecoupée est indispensable pour la lèvre externe, tandis que les épingles assureront la coaptation de la lèvre interne avec le bord correspondant du lambeau.

On aura eu soin de détacher, auparavant, les deux lèvres de l'incision longitudinale des parties sous-jacentes, pour qu'elles reçoivent, dans leur intervalle, le pédicule du lambeau. On n'oubliera pas non plus de donner à

l'extrémité libre de celui-ci une forme indiquée dans la Fig. 1re, afin de pouvoir la replier en dedans et obtenir ainsi, pour la nouvelle narine, un ourlet de substance cutanée.

S'il s'agissait de reconfectionner les deux ailes d'un nez dont le lobule est resté intact, on opérerait le ravivement sur les deux côtés du nez, comme il vient d'être dit.

Puis, on collerait sur le front deux modèles, se touchant sur la ligne médiane, et on y taillerait un seul lambeau, d'une largeur double du précédent. Après l'avoir détaché et renversé, on le fendrait, par un coup de ciseaux, sur la ligne médiane et dans toute sa hauteur, sans toutefois toucher au pédicule. On obtient ainsi deux lambeaux parfaitement égaux, tenant à un seul pédicule. Leur ajustement aux parties préparées à les recevoir, a lieu ensuite comme dans le cas précédent.

3° *Reconfection du dos du nez.*

Le nez est retroussé et la charpente osseuse manque totalement.

Le ravivement s'opère par deux incisions descendant obliquement en dehors, depuis la racine jusqu'aux ailes du nez, et réunies, en bas, par une incision transversale. Les lèvres en sont détachées des os sous-jacents dans une largeur de quelques lignes, afin de faciliter leur coaptation avec le lambeau.

Celui-ci emprunté au front, aura la forme d'un triangle, et, après sa dissection, sera ajusté aux incisions premières. Les cartillages latéraux auront été, au préalable, coupés en travers à leur partie supérieure, au fond de l'incision transversale, afin de faciliter le redressement du lobe de l'organe.

Les téguments du dos du nez compris entre les incisions sont conservés sous le lambeau, pour donner à la partie reconstruite, un soutien et un certain degré de fermeté.

Un autre procédé, différant peu du précédent, peut aussi remédier à cette perte de substance. Ici, les incisions latérales, au lieu d'être droites et divergentes, sont semi-elliptiques, se regardant comme deux parenthèses, dont les extrémités supérieures se trouvent entre les sourcils, tandis que les inférieures se touchent sur le lobule du nez.

Le lambeau frontal aura la forme d'un ovale, et sera fixé entre ces deux incisions semi-elliptiques.

4° Reconstruction du lobe du nez, au moyen d'un lambeau frontal.

Le ravivement du moignon nasal se fait en enlevant, avec le plus grand soin, tout le tissu cicatriciel de sa surface, et de son contour. Les incisions sont prolongées, de chaque côté, jusqu'au sillon naso-labial : puis, on fait remonter une incision sur la ligne médiane du nez, jusqu'à sa racine; on en détache les lèvres latéralement des parties situées au-dessous, pour qu'elles reçoivent, dans leur intervalle, le pédicule du lambeau.

Une incision longitudinale, de quatre ou cinq lignes, est pratiquée sur le milieu de la lèvre supérieure. Elle est destinée à recevoir la nouvelle sous-cloison.

Le lambeau aura une forme triangulaire, à large base, mais dont le sommet sera long et étroit. Il aura deux ailes latérales, comme celui destiné à la rhinoplastie totale. (Fig. 1r page 43).

Il sera greffé d'après le procédé ordinaire, et les ailes en seront repliées en dedans pour border les nouvelles

narines. La sous-cloison sera pliée longitudinalement et fixée dans l'incision de la lèvre supérieure.

On se gardera bien, dans toutes ces opérations, de sacrifier inutilement quoi que ce soit du contour des narines : toute l'attention du chirurgien devra, au contraire, se porter sur la possibilité d'en conserver toutes les parcelles que le mal n'aura pas détruites. Ces petites lamelles, à charpente cartilagineuse, donneront aux nouvelles narines un contour résistant, tel que la nature l'avait formé, et que l'art a tant de peine à imiter.

5° *Reconstruction de la sous-cloison, au moyen d'un lambeau pris à la lèvre supérieure.*

Premier procédé. Deux incisions longitudinales, intéressant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur et toute son épaisseur, circonscrivent à la partie moyenne de la lèvre, un lambeau étroit qu'on renverse ensuite en haut, de manière que sa surface postérieure ou muqueuse devienne antérieure et que son bord inférieur ou rosé devienne supérieur. On enlève la pointe formée de tissu labial et on la fixe au lobule du nez, préalablement avivé. La surface muqueuse ne tarde pas à se dessécher et à prendre les apparences de l'épiderme.

Deuxième procédé. On fend la lèvre de haut en bas sous chaque narine; mais l'incison du côté droit remonte plus haut dans la narine, pour faciliter le pivotement du petit lambeau. Celui-ci est isolé du maxillaire, tordu et fixé au lobule du nez.

Il est presque superflu de dire que la fente faite à la lèvre, dans ces procédés, doit être réunie par quelques épingles, comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

Troisième procédé. Lorsque la lèvre supérieure est haute et mince, on peut y former un lambeau couché obliquement, au lieu d'être vertical comme dans les autres procédés. On circonscrit ce lambeau par des incisions obliques, partant des narines, on le détache des tissus profonds, on le fait pivoter et on le fixe au lobule.

Toutes les opérations de rhinoplastie d'après la méthode indienne, laissent subsister, à la région frontale, une cicatrice très-apparente. Outre la défiguration qui en résulte, ce tissu cicatriciel peut devenir cause de douleurs fort vives, surtout chez les hommes, par suite de la pression exercée par le bord du chapeau. Si les applications astringentes — solution d'acétate de plomb, de tannin, etc. — ne parviennent pas à faire cesser cet inconvénient, en augmentant la densité de la cicatrice, il peut devenir nécessaire d'exciser tout le tissu inodulaire.

On arrive par degrés à cette excision. Pour cela, on commence par enlever, au milieu de la cicatrice et dans toute sa hauteur, une languette étroite, pointue à ses extrémités, et circonscrite préalablement par deux incisions semi-elliptiques. Les deux côtés de cette plaie sont ensuite réunis par des points de suture.

Après quelques semaines, on repète la même opération, en enlevant de nouveau la partie moyenne de la cicatrice, et l'on réunit, comme précédemment, par quelques épingles.

On recommence ces excisions partielles — en laissant entre chaque opération un temps convenable — jusqu'à ce que tout le tissu inodulaire soit enlevé, et qu'on lui ait substitué une cicatrice linéaire à peine visible.

L'extensibilité de la peau, qui semble augmenter à mesure qu'on la soumet à une traction prolongée, fait que cette membrane cède des deux côtés de la cicatrice,

et il arrive un moment où tout le tissu inodulaire primitif se trouve remplacé par la peau saine, sauf la trace linéaire, à peine visible, de la dernière excision.

III. De la Blépharoplastie.

La plupart des opérations qui se pratiquent sur les paupières appartiennent à la chirurgie réparatrice. En effet, remédier à une défectuosité dans la forme normale d'une paupière; opérer le redressement de cet organe renversé en dehors ou en dedans, mérite tout autant le titre d'opération plastique que la reconfection, en entier, d'une paupière détruite par un cancer ou par une eschare.

Il est incontestable que les opérations plastiques qui se pratiquent sur l'une ou l'autre paupière comptent parmi les plus difficiles et les plus délicates de toute la chirurgie. C'est qu'ici on ne saurait se contenter d'un résultat partiel : il faut, au contraire, que l'art obtienne quelque chose de parfait, puisque la plus petite défectuosité, après l'opération, rend celle-ci incomplète, en ce sens qu'elle n'a pas obtenu le but qui l'avait fait entreprendre.

Lorsque, dans une opération de rhinoplastie, on a réussi à construire un nez qui ressemble passablement à cet organe à l'état normal; que, dans une cheiloplastie, on a fait une nouvelle lèvre qui recouvre les dents et empêche la salive de s'écouler à chaque instant de la bouche, on peut se tenir pour satisfait : mais lorsqu'il s'agit d'une blépharoplastie, il faut non-seulement que la nouvelle paupière ressemble au voile oculaire à son état normal, mais encore elle doit jouir d'un certain degré de mobilité qui permette de fermer et d'ouvrir à volonté la fente palpébrale.

L'exiguité des parties sur lesquelles on opère, réclame de la part de l'opérateur, une grande habileté dans tout le manuel opératoire; tandis que, d'un autre côté, la diversité des formes à donner aux parties qu'on a en vue de reconstruire, exige une grande variété dans les procédés de reconfection. Il résulte de là, qu'il est pour ainsi dire impossible d'établir des règles absolues pour l'exécution de ces sortes d'opérations; chaque cas particulier réclamant une opération différente, ou tout au moins une modification dans le procédé opératoire connu.

MM. Chelius, Jüngken, V. Ammon et Dieffenbach, se sont particulièrement distingués dans cette partie de la chirurgie plastique, par les procédés ingénieux qu'ils ont fait connaître pour arriver à la reconfection d'une paupière détruite. Nous devons renvoyer aux écrits de ces auteurs ceux de nos confrères qui désirent faire une étude plus approfondie des diverses opérations qui peuvent convenir dans ces circonstances.

Dans la reconfection d'une paupière, surtout lorsqu'il s'agit de la paupière inférieure, il faut éviter de se servir d'un lambeau pédiculé : la méthode dite par déplacement ou glissement convient infiniment mieux. C'est la seule dont Dieffenbach se soit servi dans le grand nombre de blépharoplasties qu'il a eu l'occasion de pratiquer. « Les résultats, après la méthode par transplantation d'un lambeau pédiculé et tordu, sont rarement favorables, « dit-il, » par la raison que la nouvelle paupière se soulève à son milieu, s'y arrondit en faisant un relief très-disgracieux, au lieu de former une surface plane. Il n'est pas rare de voir le tissu cicatriciel du contour du lambeau, se contracter et attirer les tissus avoisinants, ce qui fait proéminer d'autant plus le milieu du lambeau. Alors, la nouvelle paupière ressemble plutôt à une proéminence

placée au-devant de l'œil, qu'à un voile uni, qu'elle devrait être. »

Voici le procédé de Dieffenbach, pour la reconfection de la paupière inférieure au moyen d'un lambeau pris à la région zygomatique. L'opération se divise en plusieurs temps.

Premier temps : Avivement du contour de la perte de substance. On fait d'abord une incision semi-elliptique à concavité supérieure, sur la conjonctive, entre le globe oculaire et la perte de substance. On en saisit la lèvre supérieure avec une pince à crochet, et on la détache en haut jusqu'au repli oculo-palpébral de la conjonctive. Ensuite, avec un petit scalpel, on circonscrit un triangle, dont la base est en haut au-dessous du globe de l'œil, le sommet en bas au-dessous de la pommette, et dont les bords latéraux descendent, l'interne de l'angle interne de l'œil, et l'externe de l'angle externe, pour se réunir et former le sommet du triangle. Le lambeau cutané, ainsi circonscrit, est disséqué de haut en bas et enlevé. Si la partie inférieure du muscle orbiculaire des paupières n'a pas été comprise dans la destruction, on met le plus grand soin à la conserver. (Fig. 4, p. 50).

Deuxième temps : Formation du lambeau réparateur. Une incision, partant de la commissure externe des paupières, est conduite en dehors et un peu obliquement en bas, de sorte que ce bord du lambeau ait un quart de plus, en étendue, que la partie supérieure de la perte de substance qu'il est destiné à combler. Alors, le tranchant de l'instrument est conduit obliquement en bas et en dedans, se rapprochant du bord externe de la perte de substance, et l'incision se termine au niveau de la pointe du triangle formé dans le premier acte. On a circonscrit ainsi un lambeau presque quadrilatère, qu'on

détache des tissus sous-jacents de haut en bas en ayant soin de ne pas faire d'inégalités à sa surface saignante.

Après que l'écoulement de sang a totalement cessé, on procède au *troisième temps*, qui consiste à déplacer le lambeau latéralement, en le faisant glisser vers sa nouvelle station jusqu'à ce qu'il ait recouvert la perte de substance triangulaire. Son bord antérieur est mis en apposition avec le bord interne du triangle récemment formé, auquel on le réunit par un grand nombre de points de suture entortillée, en procédant de bas en haut et en exerçant sur le corps du lambeau un certain degré de traction, de sorte que son bord supérieur dépasse un peu le niveau de la ligne occupée par le bord de la paupière avant sa destruction. Son angle supérieur et interne est fixé par un point de suture entrecoupée, dans l'angle interne de l'œil.

Quatrième temps : Réunion de la conjonctive. Le bord semi-lunaire de la conjonctive, disséqué dans le premier temps, est à présent fixé par un grand nombre de points de suture entrecoupée au bord supérieur du lambeau, destiné à former le bord libre de la nouvelle paupière. En pratiquant ces points de suture, on aura soin que les nœuds des fils se trouvent tous sur le rebord externe, c'est-à-dire sur la ligne cutanée.

Le pansement de la perte de substance que l'art vient de pratiquer consiste à la remplir de charpie mollette, recouverte par des bandelettes agglutinatives qui passent sur tout le côté de la face, en s'étendant même jusqu'à l'occiput ainsi qu'au côté opposé, afin d'exercer sur la nouvelle paupière une légère pression. De petites compresses longuettes, larges de quelques lignes, et placées préalablement de chaque côté de la ligne de réunion, soustraient les épingles à cette compression. La pression exer-

cée par les bandelettes ne doit pas être trop forte, le lambeau pouvant souffrir dans sa vitalité, s'il était trop strictement pressé contre la surface osseuse sous-jacente.

Toutes les fois qu'il y aura possibilité de conserver une portion du bord libre de la paupière ou de l'une ou de l'autre des commissures, quelque petite et quelque étroite que soit cette portion, on devra apporter le plus grand soin à ce qu'elle ne périsse pas sous l'action de l'instrument tranchant ; mais on la sauvera comme éminemment précieuse. En effet, ces petites portions de paupière, renfermant un tissu cartilagineux, quand elles sont réunies à la nouvelle paupière, lui donnent une apparence naturelle que rien ne saurait imiter. La plus petite languette du bord palpébral ainsi conservée, s'élargit par la suite, d'une manière quelquefois surprenante, et les cils qui la garnissent ajoutent remarquablement à l'aspect presque normal de la nouvelle paupière.

Le pansement ne sera renouvelé qu'après plusieurs jours, et lorsque déjà la suppuration existe dans la plaie d'où l'on a déplacé le lambeau ; encore ne sera-t-il fait que partiellement : on enlèvera d'abord quelques bandelettes, en les coupant du côté du nez. Le troisième ou quatrième jour, on ôtera par-ci par-là une épingle, en commençant par celles qui paraissent exercer une trop forte pression ou dont les environs paraissent menacés d'inflammation. On les saisira avec une petite pince, et, après leur avoir imprimé quelques mouvements de rotation sur leur axe, on les retirera avec délicatesse, en soutenant bien le fil qu'on laissera en place. Les fils de la suture de la conjonctive seront enlevés avec les mêmes soins, dès que la réunion y paraîtra suffisamment solide.

Dans les cas les plus heureux, au bout de six à huit jours, la réunion par première intention est parfaite et

la guérison assurée. Il ne reste plus alors que la plaie suppurante de la région zygomatique. Vers cette époque, le lambeau se rétrécit petit à petit, et semble bomber à son milieu. Ce phénomène devient de jour en jour plus apparent; mais, en même temps, le travail de cicatrisation fait des progrès à la surface granulée de la plaie. Un petit bord de tissu cicatriciel se montre tout autour de cette plaie; bientôt ce cercle cicatriciel se resserre successivement en attirant à lui les tissus avoisinants et en diminuant la surface de la plaie. Il résulte de ce travail de cicatrisation, que le lambeau, bombé jusque là, subit, dans le sens latéral, une tension qui a pour effet de faire diminuer sa proéminence. La contractilité du tissu inodulaire, plus grande dans une plaie avec perte de substance, triomphe enfin de la tendance qu'avait le lambeau à se soulever, et celui-ci ne tarde pas à se trouver de niveau avec le reste des téguments de la face.

Si la cicatrice de la plaie externe était trop apparente, on exciserait successivement de petites languettes de son milieu, en réunissant les lèvres de la plaie par des épingles. Après plusieurs répétitions de cette petite opération, on finit par obtenir une cicatrice linéaire presque invisible.

Lorsqu'il a été impossible de garnir le bord libre du lambeau avec une portion de la conjonctive, il arrive souvent que ce bord se renverse en dedans et produit ainsi, dans la nouvelle paupière, une sorte d'entropion. On cherche à remédier à cet inconvénient en exerçant, sur la saillie, une compression au moyen d'une compresse longuette d'un quart de pouce de largeur recouverte de quelques bandelettes agglutinatives.

Dans les pertes de substance de la paupière supérieure,

heureusement plus rares, l'opération se pratique d'après les mêmes données que pour la paupière inférieure. Il serait donc superflu de la décrire de nouveau. Seulement on aura soin de ne pas sacrifier le nerf sus-orbitaire, et l'on tachera de conserver, ici, la conjonctive dans une étendue aussi grande que possible, afin d'en tapisser la surface saignante du lambeau aussi bien que son bord libre.

La blépharoplastie partielle ou la reconfection d'une partie seulement de la paupière, surtout quand on a pu en conserver l'angle interne, est une opération comparativement facile. La partie conservée de la paupière cède peu à peu à la traction exercée sur elle par le tissu cicatriciel; elle s'élargit et diminue en proportion les effets de la défectuosité.

Il est des cas où le mal se borne à une petite étendue et où une incision en V suffit pour l'enlever en totalité. Alors, on tente la réunion immédiate de la solution de continuité, et on facilite la coaptation, en fendant la commissure externe des paupières. Si cela ne suffit pas pour rendre la coaptation parfaite, on remédie à la trop forte tension en faisant descendre, de l'extrémité de cette dernière incision, une autre de cinq à six lignes de long, faisant un angle droit avec la précédente.

La petite plaie qui résulte du glissement de ce lambeau est pansée à plat, et la cicatrisation abandonnée aux seuls efforts de la nature.

Quelques chirurgiens ont donné le conseil de réunir cette dernière plaie par la suture, mais ce mode de pansement déterminerait une forte traction sur le lambeau et pourrait avoir des effets nuisibles pour sa coalescence.

IV. De l'Ectropion.

L'opération suivante, proposée par Dieffenbach (*) — et non pas par Jones, comme on l'a écrit à tort —, exécutée souvent par lui et par M. Langenbeck, remédie d'une manière aussi prompte que sûre aux degrés les plus compliqués de l'ectropion.

On circonscrit sur les téguments de la paupière malade, un lambeau de la forme d'un triangle allongé, dont la base répond au bord libre de la paupière dans toute sa longueur. Ce lambeau est ensuite détaché des parties sous-jacentes, en procédant de son sommet vers sa base, qui doit rester intacte. On conçoit aisément que la paupière rendue ainsi mobile, se laisse redresser sans obstacle : il ne s'agit plus que de la maintenir dans sa situation normale. Pour cela, on réunit — en les détachant latéralement des couches sous-cutanées, s'il en est besoin —, les deux bords du sommet de la plaie, devenue libre par le déplacement du lambeau, au moyen de quatre ou cinq fortes épingles. La paupière chassée en quelque sorte de sa station primitive, est forcée de garder sa nouvelle situation, dans laquelle on la fixe définitivement en réunissant ses bords latéraux avec ceux de la plaie. On obtient ainsi une cicatrice en forme d'Y.

Ce procédé est applicable à la paupière supérieure aussi bien qu'à la paupière inférieure.

Un jeune homme de 19 ans, avait le front parsemé de cicatrices, suite de brulûres occasionnées par de l'acide sulfurique. Le tissu inodulaire avait attiré les deux pau-

(*) *Operative chirurgie.* 1845. Tom. I, page 490.

pières en haut, et il en était résulté un double ectropion, compliqué de lagophthalmie à droite.

L'opération qui vient d'être décrite fut pratiquée, et les paupières reprirent aussitôt leur situation normale. Un aide les y fixa pendant que les points de suture furent placés. Il avait été nécessaire de retrancher, de chaque côté, une très-petite portion du sommet du lambeau pour pouvoir le replacer dans la plaie cutanée, dont la surface avait été diminuée par les premières épingles.

Le sommet du lambeau, au côté droit, se gangréna dans l'étendue de quelques lignes, et l'on dut songer à s'opposer aux effets que la rétractilité du tissu inodulaire n'aurait pas manqué d'exercer à cet endroit. On y parvint en fixant, durant tout le temps que suppura la petite plaie, la paupière dans sa situation normale, par de longues bandelettes agglutinatives.

A gauche, le succès de l'opération fut complet.

V. Du Bec-de-lièvre.

L'opération du bec-de-lièvre, malgré les occasions fréquentes qu'on a de la pratiquer, est du nombre de celles qui laissent beaucoup à désirer; car dans les cas les plus simples, on est, le plus souvent, bien loin d'avoir enlevé toute la difformité, quelque habile que soit la main de l'opérateur. Il reste presque toujours sur le bord libre de la lèvre, au niveau de la cicatrice, un angle rentrant, sorte d'encochure qui ne fait qu'augmenter avec le temps.

Les chirurgiens les plus éminents de toutes les époques se sont efforcés d'effacer cette difformité, sans qu'il soit possible de dire qu'ils y aient réussi. L'école de Dessault n'avait su inventer d'autre moyen que la manière de placer l'aiguille la plus rapprochée du bord libre de la

lèvre. Cet illustre maître donne le conseil d'introduire cette aiguille très-obliquement de bas en haut pour le côté gauche de la division et de la faire sortir en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas, pour le côté droit; pensant qu'à cette condition l'encochure serait en quelque sorte impossible. Mais les suites ne tardèrent pas à faire voir qu'il s'était mépris sur le résultat final de ce procédé.

Plus tard, Dieffenbach exécuta le procédé connu en France, sous le nom d'avivement elliptique, et qui consiste à donner à chacun des bords avivés une forme concave, de sorte qu'ils ne ressemblent pas mal à deux parenthèses se regardant par leur concavité. Il est aisé de se figurer le résultat que l'opérateur s'était promis. En effet, en rapprochant ces deux bords creux, et en les forçant, par la suture, à se mettre en contact, on les redresse, et la ligne qu'ils représentent, de courbe qu'elle était d'abord, devient droite, s'allonge et dépasse, en bas, le niveau du bord libre de la lèvre, où elle donne lieu à une espèce de tubercule saillant. Malgré la perspective d'une issue presque immanquable, il est rare cependant que l'encochure ne se forme pas comme dans le procédé ordinaire.

Ces insuccès engagèrent M. Malgaigne à faire de nouvelles tentatives. Le professeur de Paris chercha à remplir l'angle rentrant par une portion des deux languettes qu'on détache dans l'avivement ordinaire, et qu'il conserve au lieu de les enlever. Pour cela, il pratique l'avivement de haut en bas, et arrête la marche du tranchant à deux millimètres du bord libre de la lèvre. Les petites languettes qui en résultent se renversent de haut en bas et on les affronte ensuite par leurs faces saignantes, après avoir toutefois placé les épingles de la manière ordinaire. On excise l'excédant des languettes, lorsqu'au moyen de deux

petits points de suture entrecoupée, on en a réuni une portion suffisamment longue pour remplir l'espace occupé par l'angle rentrant.

Ce procédé constitue un véritable progrès et a rencontré beaucoup de sympathie en Allemagne et en Angleterre. M. Fergusson l'a modifié en ce sens qu'il ne conserve qu'une seule languette pour remplir l'encochure, et il enlève l'autre en totalité. Mais malgré tous ces perfectionnements, l'art n'a pas dit son dernier mot au sujet de cette opération.

M. Langenbeck se sert, depuis plusieurs années, du procédé suivant, qui semble répondre à toutes les exigences, et dont la supériorité a été démontrée par de nombreuses applications.

Après avoir détruit les adhérences entre l'angle supérieur de la division et les gencives, et, quand c'est nécessaire, détaché la lèvre du maxillaire, on enlève, au moyen d'un coup de ciseaux, le sommet de l'angle obtus qui résulte de la rencontre du bord externe de la division anormale — celui qui se trouve à la droite de l'opérateur quand la difformité existe du côté gauche — avec le bord libre de la lèvre (Fig. 5, page 50); puis on avive ce côté, de bas en haut, comme dans le procédé ordinaire. Ensuite, on fait sur l'angle formé par la rencontre du bord opposé de la division — bord interne ou du côté gauche par rapport à la main du chirurgien, — et le bord libre de la lèvre, une petite entaille légèrement oblique de haut en bas, qui doit intéresser toute l'épaisseur du bord libre rosé et avoir trois lignes environ de longueur. On avive alors ce côté de bas en haut, en commençant immédiatement au-dessus du petit lambeau triangulaire que l'entaille précédente avait formé et qu'on laisse pendre jusqu'à l'instant où l'on en aura besoin. Arrivé à ce

moment de l'opération, on procède au placement des épingles. Chaque point de suture doit rester isolé. Cela fait, on place le petit lambeau triangulaire dans l'encochure, où il vient s'adapter exactement, et on l'y fixe au moyen d'un ou de deux points de suture entrecoupée pour laquelle on se sert d'aiguilles très-fines. Le tissu rosé, appartenant au bord libre de la lèvre dont ce petit lambeau est formé, vient ainsi se continuer d'une manière non-interrompue avec le tissu analogue de l'autre côté de la lèvre, et il ne reste pas la plus petite trace d'enfoncement : toute la difformité est et reste enlevée.

On aura soin d'ôter, après dix ou douze heures, les fils des deux points de suture entrecoupée qui fixent le petit lambeau, afin d'éviter que leur présence n'occasionne une irritation fâcheuse pour la réussite du travail adhésif.

Nous avons eu occasion d'employer trois fois cet ingénieux procédé sur de très-jeunes enfants — agés respectivement de cinq mois, huit jours et six jours — et le résultat a répondu complétement à notre attente.

M. Langenbeck ne se sert pas exclusivement de la suture entortillée pour la réunion du bec-de-lièvre; mais il procède ici comme dans la plupart de ses opérations plastiques, en faisant alterner la suture entrecoupée avec la suture entortillée, réservant celle-ci surtout pour les endroits où les lèvres de la division ont une tendance à se renverser en dedans. Une épingle passée en ces points repousse les bords en dehors, les remet de niveau avec le reste de la ligne de réunion et les maintient dans un contact parfait.

Déjà après vingt-quatre heures, on enlève une suture, qu'on remplace par une bandelette de taffetas d'Angleterre, soutenue dans son action par une couche de collodium. Le lendemain, une autre suture est enlevée, remplacée

à son tour par une bandelette de taffetas, et toute la partie est de nouveau enduite de collodium ou d'une solution de gutta-percha dans du chloroforme.

En continuant de la sorte, on arrive à ôter la dernière suture le troisième jour, et l'on a obtenu une très-belle et très-solide réunion. Les contours du fil, dans les points de suture entortillée, sont laissés en place après l'extraction de l'épingle, et enduits, à leur tour, de collodium : ils remplacent avantageusement la bandelette agglutinative et agissent à l'instar de griffes qui maintiennent les parties dans une parfaite coaptation.

Dans le bec-de-lièvre double, M. Langenbeck cherche toujours à conserver l'os intermaxillaire quelle que soit sa proéminence. Ce n'est que lorsqu'il y a impossibilité absolue de le refouler, qu'il se décide à l'enlever au moyen de petites tenailles, après toutefois l'avoir isolé des téguments qui les recouvrent. Heureusement qu'on réussit le plus souvent dans les tentatives faites pour refouler cet os en arrière, et le mettre de niveau avec le bord alvéolaire. Quand on n'y réussit pas, on détruit, au moyen de forts ciseaux, l'union de cet os avec le vomer, en haut, ce qui suffit, d'ordinaire, pour en opérer la réduction dans sa situation normale.

L'espèce de trompe formée par les parties molles qui recouvrent la proéminence intermaxillaire, est détachée de cet os dans toute sa hauteur et avivée de chaque côté, de manière à donner à cette partie charnue la forme d'un triangle à base supérieure. Les deux lèvres de la division sont ensuite avivées à leur tour, de la même manière que nous l'avons indiqué pour le bec-de-lièvre simple, c'est-à-dire qu'on enlève l'angle du bord gauche de la fente labiale, et qu'on forme de l'angle du bord droit un petit lambeau qui vient s'adapter dans l'encoechure.

La partie charnue du milieu est réunie aux deux lèvres de la division, dans la moitié supérieure de leur hauteur.

Un enfant de neuf semaines portait un bec-de-lièvre double, avec fissure de la voute palatine, des deux côtés, division du voile du palais et projection de l'os intermaxillaire sous forme d'une sorte de trompe, recouverte d'un rudiment de la peau, qui, dans l'état normal, forme le lobule moyen de la lèvre. Il y avait, à gauche, entre le vomer et le bord du maxillaire supérieur, un intervalle de trois quarts de pouce; à droite, cet intervalle ne dépassait pas un quart de pouce. A gauche, la division labiale s'étendait jusque dans la fosse nasale; à droite, au contraire, une bride de tissu cutané séparait le bec-de-lièvre de la fosse nasale.

Le rudiment du lobule moyen de la lèvre supérieure fut d'abord détaché de l'os intermaxillaire; puis, on tenta de refouler celui-ci en arrière. La résistance étant trop grande, on coupa, au moyen d'un coup de ciseaux, le point d'union de cet os avec le vomer, et dès lors on put le refouler en arrière dans l'intervalle des deux maxillaires, de manière à ce qu'il ne fit plus de saillie. L'avivement et la réunion des parties molles furent faits, comme il est dit plus haut, en conservant, dans la partie supérieure de la division, la portion moyenne de téguments coupée en V et préalablement détachée de l'os intermaxillaire.

La réunion immédiate réussit dans les trois quarts supérieurs. En bas, le petit lambeau, remplissant l'encochure, ne prit pas d'adhésion, et cette partie se cicatrisa par granulation, en laissant un angle rentrant auquel l'opérateur se proposa de remédier plus tard.

Cette opération consécutive, qui a pour but de remédier à l'encochure, trouve son application dans tous les

cas où cet angle rentrant ne s'étend pas au-delà de quatre lignes en hauteur. Un très-petit scalpel est passé à travers toute l'épaisseur de la lèvre, à la distance d'une ligne du bord rosé de la division et dans sa partie inférieure. On en conduit le tranchant en haut jusqu'au sommet de l'angle qu'on contourne; puis l'instrument est dirigé en bas sur le côté opposé, de manière à ce que toute l'encochure se trouve contournée et séparée en quelque sorte du reste de la lèvre sans que sa continuité soit lésée. Cette partie ainsi isolée est alors renversée en bas, et là où il existait auparavant un enfoncement on obtient une saillie formée de tissu rosé labial. Toutes les surfaces sanglantes, celles de la partie renversée, comme celles du reste de la division labiale, sont ensuite réunies par quelques points de suture entrecoupée. Le résultat final de cette petite opération ne ressemble pas mal à celui qu'on obtient dans le procédé de M. Malgaigne dont il a été question plus haut. Après que la réunion en est bien solide, on peut exciser le lobule trop saillant de tissu rosé et mettre le tout de niveau avec le bord libre de la lèvre.

Cette petite opération peut convenir aussi lorsque le bec-de-lièvre est très-simple, et que la division ne monte pas plus haut que la moitié de la lèvre.

Les chirurgiens ont été longtemps en désaccord sur l'époque la plus favorable à l'opération de bec-de-lièvre. Faut-il opérer immédiatement après la naissance, un enfant né avec une fissure de la lèvre, ou bien convient-il d'attendre que la dentition soit passée ou que l'enfant ait deux ou trois ans?

On ne saurait nier qu'en général l'opération ne soit plus facile chez un sujet d'un certain âge, parce qu'alors les tissus ont plus de consistance et les parties sur lesquelles

on doit opérer, plus de dimensions. Mais si l'on considère les brillants résultats obtenus sur des enfants nouveau-nés, on ne peut s'empêcher de se décider en faveur de l'opération, immédiatement après la naissance.

En effet, chez les très-jeunes enfants, la perte de sang est extrêmement petite; ils ne tardent pas à s'endormir aussitôt après l'opération; le besoin d'alimentation n'est pas très-vif pendant les premiers jours de la vie, et l'on peut parfois atteindre l'époque de la réunion parfaite des parties sans que les petits êtres aient eu besoin de prendre le sein ou d'avaler autre chose que quelques cuillères de lait, trois ou quatre fois par jour. Les tissus, à cet âge, sont très-disposés à se réunir par première intention, et l'on obtient d'ordinaire, en très-peu de temps, une adhésion parfaite, laissant à peine une cicatrice visible.

Les enfants plus âgés sont fort difficiles à se maintenir immobiles durant l'opération; les vaisseaux coronaires et leurs divisions sont plus développés et donnent lieu à une perte de sang plus considérable; ils crient beaucoup après l'opération, ce qui expose la réunion à des tiraillements fort nuisibles; ces cris se renouvellent à chaque pansement; enfin le travail adhésif n'est déjà plus aussi prompt à se faire que durant les premiers jours de la vie.

Toutes ces considérations, auxquelles on pourrait en ajouter encore d'autres, et surtout le résultat d'expériences répétées, ont porté M. Langenbeck à opérer le plus tôt possible après la naissance.

On peut souvent permettre le sein à des enfants qui viennent d'être opérés, sans le moindre inconvénient pour la réunion. D'autres doivent être nourris à la cuillère. On pourrait aussi avoir recours aux injections nasales, préconisées, pour d'autres cas, par M. Henriette,

et que M. Retsin a utilisées récemment avec succès.

On administre habituellement un léger narcotique après l'opération chez des nouveau-nés, afin de les faire dormir plus vite et plus longtemps. Mais une surveillance de tous les instants, surtout pendant les deux premiers jours, est indispensable, une hémorrhagie dont on ne s'aperçoit pas facilement parce que le sang est avalé par les mouvements de succion si naturels à cet âge, pouvant avoir lieu et devenir funeste en peu de temps.

Un autre danger réclame l'attention de l'homme de l'art. Il aura pu constater que les enfants affectés d'un bec-de-lièvre, ont les deux mâchoires pressées l'une contre l'autre, et la bouche fermée, l'air trouvant un libre passage à travers la division labiale pour arriver dans les voies respiratoires. Mais une fois que cette fente est fermée, et surtout lorsque, ayant été obligé de détacher la lèvre du maxillaire jusque sous l'aile du nez pour ramener celle-ci à sa situation normale, on a par là rétréci ou obstrué la narine de ce côté, le passage de l'air est considérablement gêné.

On devrait supposer que l'instinct porterait les enfants à ouvrir la bouche pour respirer librement; mais il n'en est rien : les mâchoires restent serrées et la bouche fermée. Des symptômes de suffocation ne tardent pas à se montrer, les enfants deviennent cyanosés et si l'on ne se hâtait d'y porter remède, la mort s'ensuivrait. Le moyen de prévenir cet accident, est de maintenir la bouche ouverte, ou d'introduire, dans la narine fermée, une pince, dont l'élasticité des branches tient cette ouverture libre. Si cela ne suffisait pas, il faudrait se résoudre à enlever un ou deux points de suture les plus rapprochés de la narine.

Sur sept opérations de bec-de-lièvre pratiquées chez

de très-jeunes enfants, M. Busch, assistant de M. Langenbeck, a observé deux fois l'accident que nous venons de mentionner.

VI. De la Staphyloraphie.

Le procédé opératoire suivi par M. Langenbeck, pour obtenir la guérison de la division du voile du palais, ne s'écarte que peu des règles établies à ce sujet par Dieffenbach ; cependant il y a des différences qui ne sont pas sans intérêt. On en jugera par une description succincte :

Le sujet est placé devant une fenêtre bien éclairée, la tête soutenue par un aide, et la langue abaissée par une abaisse-langue. L'opérateur, assis à son aise devant le malade, saisit successivement l'angle inférieur de chaque lèvre de la division, au moyen d'une longue pince à dents de souris, la tend suffisamment, et en fait l'avivement, en enlevant une languette très-mince, dans toute la hauteur de cette lèvre. Il se sert pour cet avivement, d'un petit scalpel à double tranchant qui perce le bord de la division vers le milieu de sa hauteur, et dont les tranchants coupent, d'abord en haut puis en bas, une mince languette. L'opérateur a soin de diriger les tranchants de l'instrument obliquement, de telle façon que l'avivement soit fait en biseau, aux dépens de la surface antérieure du voile du palais, pour le côté gauche et aux dépens de la surface postérieure pour le côté droit. En agissant de la sorte, on obtient des surfaces saignantes — destinées à être mises en contact — plus larges que dans le procédé ordinaire; on augmente par là les chances d'une adhésion parfaite. On a soin que l'avivement pratiqué de chaque côté, se réunisse en haut sous forme d'un angle aigu. Lorsque ce premier temps de l'opération est

terminé, on permet quelques instants de repos au malade, on lui fait prendre de l'eau froide dans la bouche, mais sans le faire gargariser; pendant cet intervalle, l'écoulement de sang, occasionné par l'avivement, a le temps de cesser.

Pour placer les sutures, M. Langenbeck se sert d'un instrument ingénieux, inventé par lui, et que nous figurons ici. Il a la forme d'une pince à deux branches dont l'une porte, à son extrémité, l'aiguille munie de son fil, tandis que son autre extrémité sert à fixer et manier l'instrument. Une seconde branche, glissant sur la précédente, va saisir l'aiguille par l'une de ses extrémités qui fixe en même temps le voile du palais par une pression exercée sur la face antérieure de ce voile. Chaque fil doit être double, ciré convenablement, et muni à chacune de ses extrémités d'une aiguille spéciale figurée ci-contre.


Fig. 7. *Fig*. 6.

La figure 6me montre l'instrument muni de l'aiguille; la figure 7me le montre ouvert et après que l'aiguille a percé le voile du palais.

On introduit ce porte-aiguille de manière à ce que l'extrémité portant l'aiguille soit placée derrière le voile du palais, la pointe de celle-ci à une distance convenable du bord avivé; puis on fait glisser la branche mobile, dont l'extrémité, percée d'une ouverture, va au-devant de l'aiguille qu'elle saisira tout en pressant et fixant le voile du palais dans le point où il doit être percé. Lorsque ceci a eu lieu, on ouvre l'extrémité de la branche prin-

cipale de l'instrument, et l'aiguille, fixée à présent dans l'ouverture de la branche mobile, est retirée avec tout l'instrument. La même chose est pratiquée sur le bord opposé, à la même hauteur, et le lien se trouve ainsi placé. On n'a plus qu'à le serrer, ce qui sera fait tout à l'heure lorsque tous les fils auront été placés.

On commence, en général, par le point de suture le plus rapproché de l'angle supérieur de la fissure, et on confie les extrémités du fil à un aide qui les maintient de chaque côté, et en haut vers les tempes. Les autres points de suture sont placés de la même manière, en procédant de haut en bas. En général il en faut trois, au moins, souvent quatre et parfois cinq.

Après le placement de tous les fils, on les serre par un double nœud, dont le premier forme celui connu sous le nom de nœud du chirurgien. En serrant les nœuds, on aura soin de manœuvrer avec les deux doigts indicateurs, placés dos à dos, et dont les extrémités pousseront le nœud contre le voile du palais, tandis que, pour le serrer, elles s'écarteront à un degré convenable. Le fil du milieu est serré d'abord; puis celui d'en haut, et finalement ceux d'en bas. Avant de serrer les fils, il est indispensable d'enlever tout le sang qui pourrait rester adhérent aux surfaces avivées. Une très-petite éponge, — de la grosseur d'un pois — fixée à l'extrémité d'une longue pince et maniée par un aide, convient parfaitement à ce but. On ne s'avisera pas de serrer un fil, sans que l'éponge n'ait manœuvré sur les deux surfaces saignantes en la faisant passer à travers la division entre ses lèvres. Après chaque nœud, on coupe les extrémités du fil, près de ce dernier.

Il est presque impossible d'obtenir la réunion d'une division du voile du palais, sans que celui-ci ne subisse,

dans le sens transversal, une tension très-nuisible à la réunion immédiate, si même elle n'occasionne pas la section des parties par les liens des sutures.

Pour obvier à ce grave inconvénient, Dieffenbach pratiquait des incisions latérales, relachant ainsi les parties du milieu, et soustrayant la réunion à des tiraillements funestes.

MM. Langenbeck, Fergusson et Sedillot ont imité leur illustre prédécesseur, mais en raisonnant l'effet de ces incisions latérales sous un point de vue physiologique. Le but qu'ils veulent atteindre n'est pas uniquement la cessation de la tension mécanique du voile du palais; leur intention est plutôt d'obtenir, par la section en travers des muscles compris dans l'épaisseur du voile, l'annihilition des contractions de leurs fibres qui viennent sans cesse tirailler les deux lèvres de la réunion et retarder ou empêcher même leur adhésion définitive.

On sait que le voile du palais, espèce de rideau, destiné à intercepter, à des moments donnés, la communication de la bouche avec le pharynx, est composé d'avant en arrière : 1° de la membrane muqueuse; 2° d'une couche de tissu cellulaire très-riche en glandules; 3° de l'aponévrose des péristaphylins externes, dans laquelle se terminent les extrémités des muscles glosso-staphylins et pharyngo-staphylins; 4° des muscles péristaphylins internes réunies en raphé sur la ligne médiane; 5° d'une nouvelle couche de glandules au milieu de laquelle apparait le palato-staphylin; 6° enfin de la membrane muqueuse postérieure.

L'aponévrose terminale des muscles péristaphylins externes, en s'épanouissant, après son passage sur le crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérigoide, forme en grande partie le milieu du voile du palais. Sur cette

lame fibreuse viennent se terminer les péristaphylins internes, les glosso-staphylins, les pharyngo et palato-staphylins. Ce dernier appartient au voile dans toute sa hauteur.

Quand on étudie, d'une manière rigoureuse, ce qui se passe, lors des mouvements de déglutition dans un voile du palais divisé sur la ligne médiane, on remarque que le rapprochement des deux lèvres de cette division dans l'acte de la déglutition est dû à la contraction du muscle constricteur supérieur du pharynx, ainsi qu'à la portion supérieure du constricteur moyen; tandis que les péristaphylins internes et le palato-staphylin tendent à écarter les lèvres de la division. En effet, la direction des fibres de ces deux derniers muscles démontre suffisamment qu'ils doivent tendre à éloigner l'un de l'autre les deux bords de la division et à l'élargir.

Dans l'état normal, au contraire, ces muscles, ayant leur point d'attache, en haut, sur la ligne médiane du voile du palais, tendent à rapprocher les piliers postérieurs et à fermer ainsi l'arrière bouche. Tous les autres muscles du voile membraneux exercent aussi une action qui vient rayonner vers la ligne moyenne, action qui, pour être moins puissante, ne saurait cependant être passée sous silence.

Il s'agit donc d'annihiler la contraction de ces muscles durant le travail adhésif qui va s'établir entre les deux lèvres avivées de la division. Pour cela, le meilleur moyen est de les couper en travers, de chaque côté de la ligne de réunion. De cette façon, on obtient un relachement parfait de la portion mitoyenne du voile du palais, — celle qui porte à son milieu la ligne de réunion des deux lèvres de la division —. Cette partie, au lieu d'être tendue, pend lâchement comme un rideau qui flotte

au gré du vent. Le travail adhésif qui doit s'y faire, n'est point dérangé par des tiraillements toujours nuisibles, et les chances d'une prompte agglutination sont ainsi notablement augmentées.

Ces débridements latéraux s'opèrent en perçant le voile du palais, de part en part, vers le milieu de sa hauteur, à six lignes environ du bord avivé, et en faisant agir l'instrument tranchant, en haut jusqu'au bord de la voute palatine, et en bas jusqu'à trois à quatre lignes du bord libre du voile. On obtient ainsi, de chaque côté, une perforation ovalaire, qui se remplit, plus tard, par voie de granulation et sans l'intervention de l'art. Seulement si les granulations formaient un relief trop apparent, on les reprimerait en les touchant avec le nitrate d'argent.

Il peut arriver que les lèvres de la division congénitale aient subi un écartement tel qu'on ne peut les mettre en coaptation sans les exposer à une tension très-grande, et au danger de les voir coupées par les liens des sutures. Dans ces cas, il est indispensable de pratiquer les débridements latéraux avant de procéder au serrement des liens.

Après l'opération, le malade se rincera la bouche — sans se gargariser — avec de l'eau froide, et se mettra au lit, dans une position plutôt assise que couchée. Un aide intelligent sera chargé des soins consécutifs à donner. La bouche sera rincée de temps en temps avec de l'eau froide, et l'aide enlèvera, au moyen d'une éponge fixée sur une baleine, le mucus souvent fort abondant et visqueux qui adhère aux liens des sutures et dans leur intervalle. On ne permettra au malade que de l'eau sucrée ou des boissons mucilagineuses, en petites quantités à la fois. La parole lui sera interdite pendant les premiers jours.

Le quatrième jour, on enlèvera la première suture, après qu'on se sera assuré de l'adhésion en sondant la ligne de réunion au moyen d'un très-petit pinceau en poils de chamois. Les autres liens seront ôtés successivement le cinquième et le sixième jour.

VII. De la Cheiloplastie.

Quelle que soit l'étendue d'une perte de substance aux lèvres, on trouve heureusement dans la grande extensibilité des tissus qui entrent dans la composition de ces voiles musculo-membraneux, ainsi que dans la souplesse des joues, de quoi réparer la mutilation.

Lorsqu'une dégénérescence a rendu nécessaire l'extirpation de plus de la moitié de la lèvre inférieure, on tache d'obtenir la réunion des bords de l'incision en forme de V, par la suture entortillée, pour laquelle on se sert de grosses et fortes épingles. Deux incisions verticales pratiquées, une de chaque côté, à une distance d'un pouce et demi des bords de la division, font cesser la trop forte tension, et rendent possible l'apposition des bords de la plaie primitive.

Les plaies résultant des incisions latérales se cicatrisent par granulation.

Lorsque l'étendue du mal a nécessité l'extirpation de la lèvre inférieure en totalité — ce qui a eu lieu aussi au moyen de deux incisions en V —, et que le corps du maxillaire inférieur se trouve à nu, on tente de la manière suivante la reconstruction de la lèvre :

On détache, des deux côtés et au loin, les parties molles de l'os afin de les rendre plus extensibles; puis, on rapproche, autant que faire se peut, les bords de la division au moyen de deux fortes épingles. Alors, on

pratique à chacune des commissures labiales, une incision horizontale, d'un pouce et demi de long, en ayant soin, ici, de faire agir l'instrument tranchant de la peau vers les parties profondes jusque sur la membrane muqueuse, sans intéresser celle-ci qui, à tout prix, doit rester intacte. L'élasticité des tissus produit, entre les bords de cette incision, un écartement qu'on augmente encore en faisant ouvrir la bouche au malade. Ensuite, au moyen de quelques coups de ciseaux, on divise, dans la même direction horizontale et très-près du bord supérieur de la division, la membrane muqueuse tendue. On ménage ainsi à la lèvre inférieure un bord ou ourlet de tissu muqueux rosé, qui rend au contour de la bouche son aspect normal.

Si, à la suite de ces incisions, une coaptation parfaite n'est pas encore possible, on pratique, comme dans le cas précédent, deux incisions verticales — une de chaque côté —, intéressant la peau, le tissu cellulaire et les fibres musculaires. Les deux lambeaux presque quadrilatères, qui résultent de ces diverses incisions, se laissent dès lors rapprocher par leur bord interne, et on peut en opérer la réunion sur la ligne médiane du menton.

La portion de membrane muqueuse est alors rabattue définitivement sur le bord libre de la nouvelle lèvre qu'elle coiffe entièrement, et on l'y fixe en réunissant son bord à la portion cutanée, au moyen d'un grand nombre de points de suture entrecoupée. La partie de membrane muqueuse du côté droit est réunie à celle du côté gauche sur la partie médiane de la nouvelle lèvre. Aux commissures, on réunit, par quelques points de suture, la muqueuse au coin de la lèvre supérieure, afin de conserver aux angles de la bouche l'aspect naturel,

et d'empêcher qu'ils ne se rétrécissent ultérieurement sous l'influence de la rétractilité du tissu inodulaire.

C'est là le procédé que le génie de Dieffenbach lui avait suggéré pour revêtir la nouvelle lèvre d'un rebord muqueux, lisse et rosé, et conserver par là au contour de la bouche son aspect et sa conformation normales. M. Langenbeck arrive au même but, d'une manière plus simple et pour le moins aussi ingénieuse, en utilisant le bord libre de la lèvre restée intacte. Il en détache, des parties sous-jacentes, le bord rosé et le transporte sur le bord saignant de la nouvelle lèvre qu'il doit revêtir dans toute son étendue.

Dans le cas précédent, par exemple, deux incisions en V ayant enlevé le mal, et les deux côtés de la division ayant été rapprochés autant que possible, l'opérateur fend les commissures horizontalement, dans toute l'épaisseur de cette partie de la joue, et complète la coaptation. Ensuite, au moyen d'un scalpel étroit à double tranchant, porté à plat, il traverse l'épaisseur du bord rosé et lisse de la lèvre supérieure, et en détache une languette, en faisant agir le tranchant du scalpel sur la ligne de démarcation qui sépare, de la partie muqueuse, le tissu cutané externe, sur lequel il empiète cependant un peu, afin de donner plus d'épaisseur à la languette et de lui conserver plus de vitalité.

On détache ainsi, de la lèvre, le bord rosé libre de chaque côté de la ligne médiane, en laissant au milieu un espace intact d'un centimètre, lequel servira de pédicule nourricier aux deux languettes latérales. Celles-ci sont alors tirées en dehors, l'une après l'autre, puis renversées en bas pour revêtir le bord libre et saignant de la lèvre inférieure qu'on vient de reconstruire. On les fixe, dans leur nouvelle situation, par deux lignes de points

de suture entrecoupée, l'une pour le bord cutané ou externe, l'autre pour le bord muqueux ou interne. Ces lignes de points de suture sont prolongées dans toute l'étendue des parties détachées du bord labial, aussi bien à la lèvre supérieure qu'à la lèvre inférieure. Les extrémités libres des languettes sont réunies, l'une à l'autre, par deux ou trois points de suture.

On conservera toujours avec soin toutes les portions de tissu rosé labial qu'il sera possible de ne pas sacrifier, afin d'y rattacher les extrémités des languettes empruntées à l'autre lèvre.

S'il ne s'agissait que de reconfectionner une partie de la lèvre, le procédé serait plus facile, puisque l'emprunt pourrait se borner à la partie dont on aurait besoin pour revêtir le bord libre et saignant de la nouvelle lèvre.

Si, par exemple, le mal se borne au bord libre de la lèvre, il est possible de l'extirper par une incision horizontale sur les extrémités de laquelle descend une incision verticale l——l. Cette perte de substance peut être immédiatement revêtue de tissu rosé détaché de la partie saine de la même lèvre.

Lorsqu'on a dû reconfectionner la lèvre au moyen d'un lambeau emprunté aux téguments voisins, il n'est pas indispensable d'en revêtir immédiatement le bord de tissu rosé, mais on peut attendre que sa coalescence soit parfaite. Alors, on avive le bord libre du lambeau, et l'on détache ensuite, de la lèvre restée intacte, une portion suffisante de tissu rosé pour en revêtir la nouvelle lèvre.

Une jeune fille de 17 ans, d'une santé florissante, avait perdu, dans son enfance, la presque totalité de la lèvre inférieure par suite d'un cancer aqueux. Il ne restait du voile musculo-membraneux qu'une petite languette de

tissu rosé, de trois lignes de long, pendante à la commissure du côté droit. La destruction s'étendait jusqu'au menton.

La reconfection de la lèvre fut pratiquée par M. Langenbeck, à l'hôpital de la clinique, pendant l'été de 1850. Il se servit, pour cette opération, d'un lambeau cutané, emprunté à la partie inférieure de la joue gauche. La perte de substance fut totalement comblée; l'écoulement incessant de la salive fut arrêté; mais il persista une défiguration qui désolait beaucoup cette jeune fille.

La présence de la languette de tissu rosé, restée pendante à l'angle de la bouche du côté droit, comme on l'a vu, fit concevoir au professeur l'idée de revêtir de tissu analogue tout le bord libre de la nouvelle lèvre. Celui-ci fut d'abord avivé; puis, le chirurgien détacha de la lèvre supérieure tout le bord rosé, ne laissant qu'un espace d'un travers de doigt de largeur intact au milieu de la lèvre. Les deux languettes furent transportées, en les tiraillant, sur le bord libre et avivé de la nouvelle lèvre où elles furent définitivement fixées par un nombre considérable de points de suture.

Il n'était resté qu'un très-petit espace, au milieu de la lèvre, qu'on n'avait pas pu revêtir de ce tissu lisse et rosé; inconvénient léger et auquel une petite opération plastique consécutive remédia plus tard. La malade quitta l'hôpital au printemps de 1851, les lèvres garnies, dans tout le contour de la bouche, d'un beau tissu rosé.

Un individu de 57 ans, portait à la lèvre inférieure un cancer épithélial s'étendant à toute la moitié gauche de la lèvre, mais se bornant heureusement au bord libre. Le mal put être enlevé par une incision horizontale et deux petites incisions verticales.

L'opération eut lieu le 8 décembre 1854, et, au moyen

de la portion de tissu rosé de la lèvre inférieure restée intacte, et d'une partie empruntée au bord de la lèvre supérieure du côté gauche, il fut possible de reconstruire tout le bord labial, en le recouvrant dans toute son étendue de tissu rosé normal. Le malade quitta l'hôpital de la clinique le 19 décembre.

M. Sédillot a utilisé le procédé de M. Langenbeck, pour la reconfection d'une lèvre inférieure, chez un individu dont l'observation a été communiquée à l'Académie des sciences de Paris, dans la séance du 4 février 1856.

Le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V, continuées jusqu'au contour vertical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement, au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche que du côté droit.

Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était très-large, fut partiellement détaché, de dehors en dedans, sur une longueur de 15 à 20 millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue, de chaque côté, par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact.

L'opération avait été pratiquée le 18 décembre 1855, et le malade quitta la clinique le 14 janvier, complétement guéri, offrant une lèvre régulière, d'une hauteur siffisante, ayant un rebord libre, muqueux, lisse et arrondi. Les dents étaient bien cachées, et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler involontairement.

Lorsqu'il s'agit d'extirper un cancroïde borné à l'une ou l'autre commissure des lèvres, on s'y prend de la manière suivante : le malade ayant la bouche ouverte, ou

saisit, au moyen d'une pince dont les mors se terminent en anneaux, la commissure au-delà du mal, et, par une incision partant d'un point du bord libre de la lèvre supérieure, pour venir aboutir à un point diamétralement opposé de la lèvre inférieure, on circonscrit toute la portion malade par une sorte d'ellipse, placée dans le sens vertical. On réunit les bords de cette plaie, en mettant aussitôt en opposition les angles résultant de la rencontre de l'incision avec le bord libre de la lèvre, et on refectionne ainsi la commissure labiale. Le reste de la division est réuni sur une ligne courbe, dont la concavité embrasse cette nouvelle commissure.

1° *Restauration de la lèvre inférieure à l'état de renversement. — Ectropion de la lèvre.*

Cette difformité est, le plus souvent, la suite de brûlures, et ne peut être guérie que par une opération très-difficile, mais qui cependant réussit dans la plupart des cas.

Quand le renversement n'est qu'au premier degré, la lèvre recouvre encore les dents en partie. L'opération ne consiste qu'à exciser, dans toute l'épaisseur de la lèvre, une portion triangulaire, dont la base répond au bord libre de la lèvre et dont le sommet est en bas vers le menton. Les côtés de cette division sont ensuite détachés du maxillaire dans une étendue convenable, et réunies sur la ligne médiane.

A un degré plus prononcé du mal, la lèvre, renversée au point de ne laisser voir en dehors que sa face interne ou muqueuse, n'existe pour ainsi dire plus, et toutes les dents, même le bord alvéolaire, sont constamment à découvert. Un tissu inodulaire abondant couvre le bas du menton.

Dieffenbach remédia à cette difformité par l'opération suivante : une incision semi-lunaire, à concavité supérieure, est faite sur le tissu rosé de la lèvre renversée, à l'endroit où correspond, à l'état normal, le bord libre de la lèvre. Les extrémités de cette incision se trouvent aux points jadis occupés par les commissures labiales. La portion de tissu muqueux qui se trouve au-dessus de cette incision, et qui a plus d'un pouce de largeur, est saisie ensuite par une pince à crochets et détachée de l'os sous-jacent.

Après cela, la partie inférieure de la lèvre renversée est circonscrite, de chaque côté, par une incision semi-elliptique, commençant aux extrémités de la précédente et se réunissant à angle au bord inférieur du menton. Ces trois incisions forment en quelque sorte un as de cœur ▽, et les tissus qu'elles circonscrivent sont détachés des couches sous-jacentes et enlevés en totalité.

Deux autres incisions, une de chaque côté, partant horizontalement des extrémités de la première, dans l'étendue d'un pouce au moins, sont ensuite pratiquées, et donnent aux parties la forme que voici : ‾▽‾. On en détache latéralement les lambeaux, dans une étendue suffisante pour permettre leur glissement vers le milieu où on les réunit sur une ligne verticale.

La portion de tissu rosé, ménagée dans le premier acte de l'opération, est alors rabattue sur le bord libre de la nouvelle lèvre, à laquelle elle fournit un ourlet muqueux qui remplace très-convenablement le tissu labial normal. Lorsque toutes les sutures sont appliquées, la réunion des parties forme deux lignes semblables à celles figurées ici ⊤.

2° *Ectropion de la lèvre supérieure.*

Les divers degrés de renversement de la lèvre supérieure peuvent se rapporter à trois formes :

Dans une première forme, la lèvre est retroussée et comme roulée sur sa face externe.

Dans une deuxième forme, il y a en même temps perte du nez, et la lèvre retroussée se trouve fortement tirée en haut et confondue avec le contour du cratère.

Enfin, la lèvre peut être renversée et avoir contracté des adhérences intimes au lobule du nez avec lequel elle est en quelque sorte confondue.

Premier degré. On fait descendre de chaque narine, ou un peu plus en dehors si c'est nécessaire, une incision semi-elliptique, intéressant toute l'épaisseur de la lèvre; on enlève toute la portion comprise entre ces incisions, en ménageant la sous-cloison du nez qu'on circonscrit soigneusement avec le tranchant du scalpel avant d'achever la section de la base du morceau à enlever. Les deux côtés de la lèvre sont ensuite détachés du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, rapprochés l'un de l'autre et réunis sur la ligne médiane.

Deuxième degré. On circonscrit la portion moyenne de la lèvre par deux incisions verticales, comme dans la reconfection de la sous-cloison; et, après avoir pratiqué la rhinoplastie d'après la méthode ordinaire, on utilise ce lambeau labial pour former la sous-cloison du nez nouveau. (*Voyez plus haut,* page 50.)

Troisième degré. Cette mutilation est le plus souvent la suite d'un coup de sabre qui a enlevé le lobule du nez en même temps que toute la lèvre supérieure. Elle peut aussi être la conséquence de brûlures ou d'ulcérations confluentes.

On excise d'abord, comme dans le premier degré, la partie moyenne de la lèvre; on en détache du maxillaire les côtés, et on les réunit sur la ligne médiane. On enlève ensuite la portion de la lèvre confondue avec le lobule du nez, et, si celui-ci est trop profondément mutilé, on y remédie, plus tard, par une opération de rhinoplastie. On tâche d'utiliser ici la lamelle de peau qu'on doit séparer du lobule, pour en border les nouvelles narines.

3° *Reconfection de la lèvre supérieure.*

L'opération suivante, que nous devons encore au génie de Dieffenbach, remédie d'une manière extrêmement heureuse à cette mutilation.

Supposons que la lèvre supérieure manque en totalité : les dents et le bord alvéolaire sont à découvert jusqu'à la hauteur des narines; les bords latéraux de la destruction montent obliquement depuis les commissures de la bouche jusqu'aux ailes du nez, laissant entre-eux un espace quadrilatère dépourvu de téguments.

Le sujet étant placé convenablement, on enfonce la pointe du scalpel jusqu'à l'os, immédiatement derrière la courbure de l'aile du nez, que l'on contourne avec le tranchant jusqu'à son côté interne, en donnant à l'incision du côté droit cette forme-ci , et du côté gauche, la forme . La lèvre externe de ces incisions est détachée du maxillaire dans une grande étendue, pour permettre à l'espèce de lambeau ainsi formé, d'être abaissé et porté en dedans vers la ligne médiane, c'est-à-dire à la rencontre de celui du côté opposé.

Une longue et forte épingle, passée à travers les bords saignants de la division, vers le milieu de leur hauteur,

et entourée d'un gros fil de coton, pousse davantage ces deux lambeaux en bas et en dedans et parvient à mettre ces bords en contact immédiat. La partie moyenne de la lèvre ainsi reconfectionnée touche le bord libre de la lèvre inférieure, et il ne lui manque rien, ni en largeur ni en hauteur.

A mesure qu'on place les sutures — en procédant de bas en haut —, la partie supérieure du bord saignant des lambeaux se porte de chaque côté en bas et en dedans, en contournant les ailes du nez, et vient se placer en quelque sorte d'elle-même au-dessous du bord, préalablement avivé, de la sous-cloison. Deux points de suture entrecoupée unissent le bord supérieur de la nouvelle lèvre à la sous-cloison du nez.

Ce procédé aussi ingénieusement conçu qu'il est simple à exécuter, n'expose les lambeaux qu'à une très-faible traction. La lèvre supérieure se trouve reconfectionnée en entier, et d'une manière si parfaite qu'on ne peut s'empêcher d'en témoigner une vive satisfaction.

Dieffenbach raconte l'histoire d'un hussard qui avait perdu toute la lèvre supérieure, par suite d'une ruade de son cheval. Le bord antérieur du maxillaire ainsi que les dents étaient à nu, et l'on voyait, de chaque côté, un bord mince de tissu rosé, montant des points où avaient existé auparavant les commissures jusqu'aux ailes du nez, laissant entre eux une perte de substance de forme carrée. L'opération, faite d'après la description que nous venons d'en donner, eut un succès si prompt et si marqué qu'on eut de la peine à reconnaître le hussard et que ses chefs crurent avoir un autre homme devant les yeux.

VIII. De la Génoplastie.

Il est de toute impossibilité d'établir des règles spéciales pour la reconfection des joues, par la raison que, de toutes les mutilations dont cette partie de la face peut être le siège, il n'y en a pas deux qui se ressemblent. Les détails des opérations plastiques à pratiquer sur cette région doivent donc varier presque dans chaque cas.

Lorsque la perte de substance n'est pas très-étendue, que les parties avoisinantes jouissent de toute leur extensibilité naturelle, et qu'elles ne sont pas adhérentes aux os par du tissu inodulaire abondant, l'opération n'offre guère de difficulté.

L'avivement de la circonférence de la partie détruite et le décollement des tissus environnants, dans une étendue proportionnée au degré de glissement que les lèvres de la plaie auront à subir, suffisent généralement pour en opérer le rapprochement.

Lorsque la perte de substance est d'une certaine étendue, cette dissection — qu'on peut entreprendre par la cavité de la bouche — peut s'étendre fort loin, à tout le contour de la partie détruite, et même à tout le côté de la face, sans le moindre inconvénient. Il ne faut pas se laisser intimider par la distance à laquelle on doit parfois porter ce décollement : Dieffenbach, M. Jobert de Lamballe et M. Langenbeck l'ont poussé jusqu'à la partie supérieure du cou. On parvient ainsi à obtenir la réparation de vastes destructions.

Lorsque toute la joue, la moitié du nez et de la lèvre supérieure, et même le bord alvéolaire des deux mâchoires, ont été détruits, de sorte que le côté de la face ne forme plus qu'une espèce de gouffre au fond duquel se meut

la langue, l'opération devient d'une exécution extrêmement difficile. On peut dire avec raison qu'elle compte parmi les plus importantes de la chirurgie plastique.

En général, toutes les fois que la perte de substance existe au milieu de la joue, l'angle de la bouche du même côté est fortement dévié en haut et en dehors, attiré qu'il est vers cette direction par le tissu inodulaire.

En ces sortes de cas, on commence par rétablir la commissure de la bouche dans l'endroit où elle se trouve à l'état normal. Pour cela, on pratique sur le bord libre de chaque lèvre, à la place où doit se trouver cette commissure, une entaille perpendiculaire, intéressant toute l'épaisseur de la lèvre, et on réunit, par deux ou trois points de suture entrecoupée, les parties avivées de la lèvre supérieure à celle de la lèvre inférieure, de manière que l'angle de la bouche se trouve reconfectionné. Ensuite, on décolle les bords de la lésion de la joue dans tout leur contour, on les ravive en excisant le tissu rosé qui les coiffe, et on les réunit par un nombre suffisant d'épingles.

Si la destruction est très-vaste, l'angle de la bouche est ordinairement moins dévié; mais il n'en faut pas moins le reconfectionner comme il vient d'être dit. Après cela, on retranche les bords de la perte de substance, et l'on essaye de les réunir au moyen de fortes épingles et de gros fil de coton.

Si l'on ne parvient pas à mettre ces bords en parfaite apposition, on facilite la réunion par des incisions profondes, pratiquées de chaque côté et à une distance convenable des bords de la division, mettant ainsi la destruction au milieu de deux débridements. Une de ces incisions est pratiquée dans le sillon génio-nasal; l'autre, de forme semi-elliptique, est faite de l'autre côté de la lésion. Le

relachement ainsi obtenu facilite singulièrement le glissement des lèvres de la division et permet de les réunir intimement.

Une opération plastique pour obtenir l'occlusion d'une perte de substance récente à la suite de l'extirpation d'une tumeur à la joue, offre en général infiniment moins de difficultés d'exécution, à cause de l'extensibilité que les tissus environnants ont conservée, et de l'absence d'adhérences que les bords de destructions anciennes ne manquent jamais de contracter avec les os sous-jacents.

La reconfection des joues qui offre le plus de difficultés, est celle où il s'agit de réparer une de ces destructions étendues et profondes qu'on voit souvent survenir à la suite d'un noma. La joue en entier, une portion des deux lèvres, l'aile du nez du même côté et le bord alvéolaire des deux maxillaires manquent. Les contours de cette vaste destruction sont, en général, minces et ont contracté des adhérences intimes avec les os. Il n'est point rare de voir, ici, la paupière inférieure, attirée en bas, former un ectropion de la pire espèce. Enfin, pour combler la série des complications, le maxillaire inférieur est souvent ankylosé par suite de la contracture permanente du masséter, de la présence d'un tissu inodulaire abondant, ou bien par la fusion de la tête articulaire avec la cavité glénoïde.

En pareille occurrence, avant de reconfectionner la joue, on doit, au préalable, détruire cette ankylose. Car l'opération n'aurait d'autre effet que de cloturer la seule voie par où les aliments peuvent être introduits dans la bouche.

Mais on ne saurait se dissimuler les innombrables difficultés qu'on rencontrera dans la série d'opérations à entreprendre avant d'arriver au terme de la cure. Il fau-

dra des mois, peut-être des années, avant d'avoir atteint le but. Et quelle énorme dose de courage et de patience ne faudra-t-il point au malade pour qu'il se soumette à un pareil traitement.

Il nous serait impossible de donner, dans un simple essai, une idée complète des opérations que réclame une telle perte de substance. A peine sont-elles suffisamment démontrées dans les livres des maîtres en chirurgie plastique. Nous renvoyons donc aux ouvrages de Dieffenbach (1), Roux (2), M. Jobert de Lamballe (3), comme aussi à l'histoire d'une opération de ce genre faite par M. le professeur Burggraeve (4).

IX. De l'Élytroraphie et de l'Épisioraphie.

Le prolapsus de la matrice peut être porté à un tel degré qu'aucun pessaire ne réussit à maintenir l'organe prolabé dans sa situation normale.

Divers moyens ont été proposés pour remédier, d'une manière radicale, à cette infirmité. Tous ont pour objet de rétrécir le canal utéro-vulvaire ou la vulve elle-même. Pour cela, on a proposé d'exciser, sous forme d'ellipses allongées, une ou plusieurs portions de la membrane muqueuse du vagin, et de faire suivre cette excision par la réunion immédiate des lèvres de la plaie.

Cette opération a reçu le nom d'élytroraphie, et d'ordinaire son exécution est entourée de grandes difficultés, surtout lorsqu'on doit opérer sur un vagin qui est le

(1) *Opérative chirurgie.* 1845.
(2) *Quarante années de pratique chirurgicale.* 1854.
(3) *Traité de chirurgie plastique.* 1849.
(4) *Le génie de la chirurgie.* 1853.

siége d'un cystocèle ou d'un rectocèle, complications assez fréquentes de l'affection principale.

La femme est couchée sur le dos, comme dans toutes les opérations qui se pratiquent sur la région génito-urinaire, et, si la matrice n'est pas actuellement sortie de la vulve, on l'attire au dehors, au moyen de la pince de Muzeux. Le doigt d'un aide porté dans le rectum et une sonde introduite dans la vessie font juger de la position de ces organes, et servent à les tenir éloignés autant que possible, dans le cas où ils auraient suivi la chute de la matrice.

Alors, on circonscrit, de chaque côté et dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, une portion de la membrane muqueuse, sous forme d'ellipse allongée de trois pouces sur deux. Les extrémités de cette ellipse sont dirigées, l'une en haut et en arrière, l'autre en bas et en avant. La portion circonscrite est détachée du tissu cellulaire sous-muqueux, par une dissection soignée, mais conduite cependant à larges traits de scalpel.

Il serait imprudent de donner de plus amples dimensions aux ellipses destinées à être excisées; comme aussi d'enlever des portions de la paroi antérieure du vagin, à cause du danger qu'il y aurait d'intéresser la vessie.

Le second temps de l'opération consiste à réunir les lèvres de ces plaies par la suture, et à réduire l'utérus. On place d'abord les liens des sutures à un demi-pouce de distance l'un de l'autre; mais, comme la largeur de la plaie, son peu de profondeur, le défaut de fermeté des lèvres de la division, et par dessus tout la présence de la matrice hors de la vulve, ne permettent pas la réunion immédiate, à cause de la trop forte tension qu'ont subi les parois du vagin, on réduit d'abord l'utérus avant de serrer les liens. On commence par nouer le fil le plus

rapproché du col utérin, après quoi on fait rentrer l'organe gestateur, et l'on continue à serrer successivement les autres liens, en procédant de haut en bas.

L'opération terminée, on fait quelques injections à l'eau froide, on sèche le vagin au moyen d'une éponge, et on le remplit de charpie molle.

D'ordinaire, les liens des sutures sont laissés longtemps en place, parce que les parois vaginales n'éprouvent plus aucune tension après la réduction de la matrice. Le doigt, ou un petit speculum, introduit avec précaution, fait reconnaître l'état des parties; et si la réunion a eu lieu, on coupe les liens et on les ôte successivement.

S'il arrivait que la réunion immédiate ne réussit pas, il ne faudrait pas trop s'en inquiéter, puisque la formation du tissu inodulaire, à la suite de la cicatrisation par granulation, amène tout aussi sûrement le rétrécissement du vagin que la réunion des plaies par première intention.

Un autre procédé pour obtenir le rétrécissement du vagin, consiste à enlever, par une sorte d'abrasion, des languettes de tissu muqueux, larges d'un demi-pouce et s'étendant dans toute la longueur du canal. Un intervalle d'un demi-pouce sépare ces lanières l'une de l'autre.

L'utérus prolapsé durant l'opération est alors réduit, et le vagin rempli de charpie, après toutefois avoir été lavé à l'eau froide.

La cicatrisation par granulation étant, ici, le but que se propose le chirurgien, le pansement des plaies vaginales sera de la plus grande simplicité.

Durant les premiers jours qui suivent l'opération, il sera interdit à la femme de faire le moindre mouvement, la sonde sera introduite aussi souvent que le besoin d'uriner l'exigera, et les selles seront facilitées par de légers laxatifs.

Vers la fin du traitement, on aura recours à des injections astringentes, pour compléter ce que l'opération avait commencé, à savoir le rétrécissement du vagin.

Au lieu d'avoir recours à l'instrument tranchant, on peut atteindre le même but en employant la cautérisation des parois vaginales.

Pour cela, la femme étant couchée, et la matrice amenée hors de la vulve, on promène lentement et d'une manière uniforme, un cautère actuel, de la forme d'une grosse olive, depuis les grandes lèvres jusqu'à proximité du col de l'utérus. On pratique ainsi six eschares, en ayant soin de laisser dans l'intervalle des deux eschares supérieures, le clitoris et le canal de l'urètre, qui doivent nécessairement rester à l'abri de l'action du cautère. On termine en recouvrant les parties, laissées au dehors, avec de la ouate, et on attend patiemment la chute des eschares. Alors seulement on procède à la réduction de l'utérus, et on introduit, dans le vagin, de grosses mèches enduites de cérat jusqu'à la cicatrisation parfaite des plaies.

Dieffenbach avait une prédilection pour le cautère actuel, dans les prolapsus utérins qui ne pouvaient être retenus par des pessaires. Il cite plusieurs cas de guérison parfaite, chez des femmes, jeunes encore, qui ont pu concevoir et accoucher heureusement, après la cautérisation, sans que le mal eut récidivé.

L'épisioraphie consiste à opérer le rétrécissement de l'entrée de la vulve, au moyen de l'avivement des bords des grandes lèvres et de leur réunion par la suture. Elle trouve son application non-seulement contre le prolapsus utérin mais aussi contre la chute du vagin avec ou sans cystocèle ou rectocèle.

Les soins préliminaires consistent à débarrasser les

grandes lèvres des poils, à évacuer la vessie et le rectum et à faire des injections vaginales.

La malade est couchée comme pour l'opération précédente, et les parties prolabées sont réduites avec soin. On fait un long pli aux grandes lèvres, au moyen d'une pince à branches coudées et entrecroisées ayant pour mors des baguettes applaties garnies à l'intérieur de pointes qui correspondent à des ouvertures dans la baguette opposée (*). Un scalpel à double tranchant perce de part en part ce pli au milieu de sa base, et on coupe une lanière en faisant agir le tranchant d'abord en arrière jusqu'à la fourchette, puis en avant jusqu'au point où l'on se propose d'établir la nouvelle commissure postérieure de la vulve. De cette manière on obtient un avivement prompt et suffisamment large.

Même opération pour le côté opposé. Les deux plaies se joignent en arrière sous un angle aigu. Tout ce qui aurait pu échapper à l'action de l'instrument, surtout au fond de cet avivement, est soulevé ensuite par des pinces et enlevé au moyen de ciseaux courbes sur le plat.

De cette façon on a pratiqué un avivement d'un demi-pouce de large et qui offre quelque ressemblance avec un fer à cheval.

Si les grandes lèvres étaient tellement amincies qu'elles fussent presque effacées et qu'il y eut impossibilité d'y faire un pli, on se servirait d'une partie des petites lèvres pour faire le pli : l'essentiel étant d'aviver l'entrée de la vulve, dans une largeur d'un demi-pouce, et dans une longueur qui comprend au moins les deux tiers de cette fente.

(*) Cet instrument a été modifié par M. Soupart et convient admirablement pour l'avivement dans plusieurs opérations plastiques. On en trouve un dessin dans le Journal publié par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, année 1853, page 561.

Après la cessation de l'écoulement sanguin, on procède à la réunion des parties avivées, au moyen de la suture. Ordinairement il faut six à sept points de suture entrecoupée, distants d'un centimètre l'un de l'autre, et dont les points d'entrée et de sortie se trouvent également à la distance d'un centimètre des bords de la division. Il est presque toujours indispensable d'y joindre un ou deux points de suture entortillée placés dans l'intervalle des autres, pour empêcher les bords de la plaie de se renverser en dedans. Le tout est ensuite enduit d'une solution de gutta-percha.

Si les parties réunies subissaient une tension trop forte, on y remédierait en pratiquant, de chaque côté de la ligne de réunion, une incision semi-elliptique, comme il sera dit plus au long à l'article de la périnéoplastie.

Les soins consécutifs à donner à l'opérée sont les mêmes que ceux qui suivent la périnéoplastie.

Nous avons pratiqué deux fois l'épisioraphie, sur des femmes, âgées l'une de cinquante-trois ans, l'autre de soixante-cinq; et, dans les deux cas, la réunion immédiate eut lieu d'une manière parfaite. Nous avons pu constater la guérison définitive au bout d'un an chez l'une de nos deux opérées; l'autre étant morte, deux mois après l'opération, d'un érysipèle ambulant, ne nous a pas laissé le temps de vérifier si son infirmité avait été complétement enlevée; mais tout le faisait supposer.

M. Langenbeck associe, en général, l'élythroraphie à l'épisioraphie, et pratique les deux opérations dans une même séance. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs dames qui avaient été opérées de cette manière par le Professeur de Berlin, et chez toutes la guérison du prolapsus était solide et durable.

X. De la Périnéoplastie.

Sans nuire à l'existence de la femme, la rupture complète du périnée est une infirmité sérieuse et dégoutante, non-seulement pour celles qui en sont affectées, mais encore pour les personnes qui les entourent. Quoi de plus épouvantable, en effet, qu'une infirmité qui rompt les relations sociales et les liens de famille? Quoi de plus triste que de voir de malheureuses femmes, souvent pleines de vie et de jeunesse, condamnées à passer de longues années dans un état qui ne peut inspirer aux autres, et à elles-mêmes, qu'un constant dégoût? Mais, en outre, une telle déchirure peut ne pas se borner à être incommode, elle peut encore troubler la santé générale. Un amaigrissement notable, une faiblesse liée à l'appauvrissement du sang et à un défaut de réparation nutritive, épuisent les malades.

Sans aucun doute, il y a peu d'affections qui réclament plus impérieusement l'attention et les recherches de la chirurgie, et qui justifient d'avance plus complétement toutes les tentatives destinées à en amener la guérison.

L'histoire de la périnéoplastie appartient presque tout entière à la chirurgie contemporaine; car, bien que quelques anciens aient fait cette opération, à de longs intervalles, on ne peut accepter comme rationnels les procédés antérieurs à ceux que Roux et Dieffenbach ont pratiqués et qu'ils ont proposés pour modèles.

Le premier chirurgien qui ait pratiqué la suture du périnée est Guillemeau, disciple et émule d'Ambroise Paré. Il s'était servi de la suture entrecoupée, et sa tentative eut un plein succès. Noël et Saucerotte, vers la fin du

dix-huitième siècle, réussirent, chacun une fois par la suture entortillée. Roux, après avoir exécuté un certain nombre de périnéoraphies, en fit l'objet d'un mémoire extrêmement intéressant adressé à l'Académie des sciences et qu'il a reproduit dans le premier volume de l'ouvrage, laissé inachevé à l'époque de sa mort (1), en l'augmentant de tout ce que son expérience lui avait enseigné depuis la première publication de son travail. M. Jobert de Lamballe, de son côté, s'est occupé de la périnéoplastie, et n'a pas peu contribué à mettre la question à l'ordre du jour.

La chirurgie anglaise, si belle à tant d'égards, avait fait très-peu contre la rupture du périnée, lorsque J. B. Brown entreprit l'opération, et obtint, en peu de temps, une série de succès (2).

En Allemagne, après Mursina, Menzel et Osiander, le génie chirurgical de Dieffenbach, de MM. Wutzer et Langenbeck s'est exercé, dans ces derniers temps, sur la périnéoplastie. Le professeur de Berlin surtout l'a modifiée d'une manière aussi heureuse qu'ingénieuse, et c'est son procédé que nous allons décrire avec tous les détails qu'il comporte.

Mais pour saisir la partie la plus importante du nouveau procédé, ce qui lui imprime son cachet d'originalité et en fait une véritable reconstruction du périnée, il importe de bien se rappeler les dispositions anatomiques des parties qui composent cette région, et surtout de la cloison recto-vaginale qui doit fournir le lambeau destiné à la reconfection d'une partie essentielle du nouveau périnée.

(1) *Quarante années de pratique chirurgicale.* 1854.

(2) J. B. Brown. *On perineal rupture.* 1855.

Il entre dans la structure du périnée de la femme : 1° la peau; 2° une partie du fascia superficiel; 3° les muscles constricteur du vagin, sphincter de l'anus et transverse du périnée; 4° du tissu cellulo-vasculaire. Les fibres de ces muscles convergent toutes en quelque sorte vers un centre commun, placé entre l'orifice du rectum et celui du vagin où elles trouvent leur point d'attache. Il résulte de cette disposition que lorsque ce centre est divisé, — ce qui a lieu nécessairement dans une déchirure complète —, ces muscles, par leur contraction, tendent sans cesse à séparer de plus en plus les deux côtés de la division, mettant ainsi un obstacle permanent à leur réunion spontanée.

La cloison recto-vaginale résulte de l'adossement de la paroi postérieure du vagin à la paroi antérieure du rectum. Cet adossement a lieu au moyen d'un tissu cellulo-vasculaire, d'apparence feutrée, sensiblement plus abondant en bas qu'en haut, d'où résulte une plus grande épaisseur de la partie inférieure que de la partie supérieure de la cloison.

Lorsqu'on écarte les lèvres de la rupture, on voit la paroi postérieure du vagin présenter une convexité saillante, marquée de plis transversaux et rude au toucher. Pour peu que la rupture soit ancienne, cette partie s'hypertrophie par suite de son contact presque constant avec les matières irritantes qui passent librement du rectum dans le vagin.

C'est à partir de la hauteur de la pointe du coccyx environ que l'intestin se porte obliquement en arrière et le vagin obliquement en avant. De cet écartement résulte un espace triangulaire dont la base est à la peau du périnée et le sommet au point où les deux canaux s'unissent intimement; le côté antérieur est naturelle-

ment formé par la paroi postérieure du vagin, et le côté postérieur par le rectum. Les muscles du périnée et un tissu cellulo-vasculaire abondant remplissent cet espace qui doit être envisagé comme le véritable périnée. C'est cet espace triangulaire que M. Langenbeck a cherché à reconstituer au moyen de son procédé ingénieux, auquel le nom de *périnéo-synthèse*, que nous lui avons donné ailleurs, convient parfaitement.

Description du procédé opératoire.

Il est entendu que ce procédé n'est applicable qu'aux ruptures anciennes; car dans les déchirures récentes, pour reconfectionner le périnée on n'a qu'à rapprocher les tissus divisés et à les maintenir en coaptation au moyen d'un nombre suffisant de points de suture.

Tous les moments ne sont pas également favorables pour entreprendre l'opération. Il faut qu'elle soit faite les premiers jours qui suivent la cessation d'une époque mensuelle; par la raison qu'après on a généralement devant soi un laps de temps pendant lequel la réunion peut se faire avant l'arrivée d'un nouvel écoulement. La grossesse est une contre-indication absolue, de même que la lactation; une leucorrhée abondante, une diarrhée ou l'inflammation et la suppuration abondante des tissus sur lesquels on devra opérer seront d'abord combattues avant de rien entreprendre. Il devra en être de même à l'égard d'une dyscrasie, si un pareil état constitutionnel existait chez la femme.

Les préparatifs de l'opération consistent en quelques bains de siége, injections vaginales, un purgatif administré la veille et un ou deux lavements le matin même du

jour de l'opération. La vessie devra aussi être vidée par la sonde immédiatement avant de commencer, et les grandes lèvres ainsi que le périnée débarrassés des poils qui pourraient contrarier la réunion.

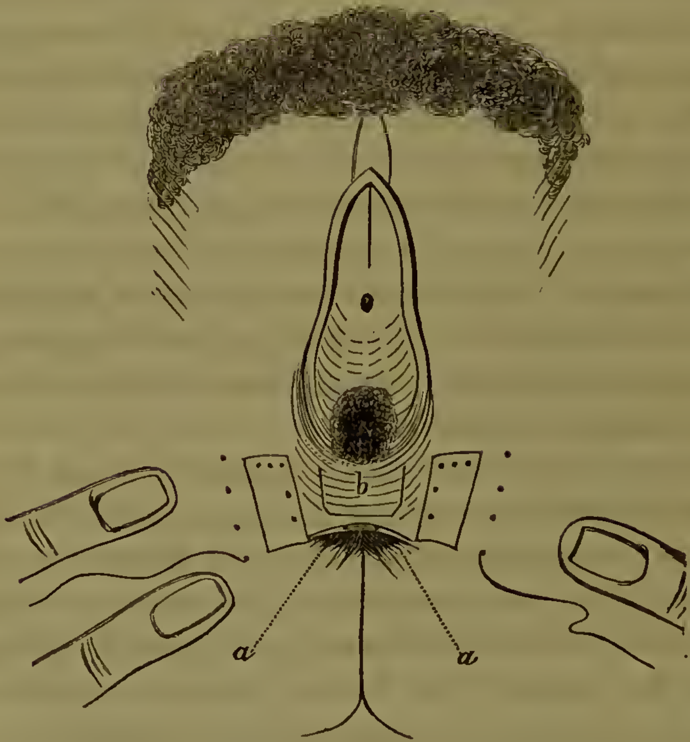
La femme devra être couchée sur le bord d'une table garnie d'un matelas et d'alèges, en face d'une croisée, les cuisses et les genoux fléchis et écartés. Des aides en nombre suffisant la maintiendront immobile dans cette position. L'opérateur sera assis sur un siége suffisamment élevé afin de ne point être gêné durant l'opération.

L'opération peut se diviser en plusieurs temps, savoir ; 1° l'avivement du bord libre de la cloison recto-vaginale qui forme une sorte d'éperon ; 2° le dédoublement de la cloison et la formation d'un lambeau de membrane muqueuse destiné à constituer, dans le nouveau périnée, le côté antérieur de l'espace triangulaire dont il a été question plus haut ; 3° l'avivement des deux lèvres de la déchirure ; 4° le placement des sutures, 5° les deux incisions semi-lunaires, une de chaque côté des parties sur lesquelles on a opéré, afin de soustraire celles-ci à des tiraillements nuisibles.

Pour aviver le bord libre de la cloison, on le tend transversalement au moyen de deux pinces à crochets, ou bien on introduit dans le rectum les deux premiers doigts de la main gauche; puis, au moyen de ciseaux, on enlève un liseré très-mince, comprenant toute l'épaisseur de l'éperon (Fig. 8 *a a*). Cela fait, on passe au deuxième temps qui est sans contredit le plus difficile de toute l'opération. Les deux doigts de la main gauche restant dans le rectum pour tendre la cloison, on fait sur la face antérieure de celle-ci une incision semi-circulaire ou à pans coupés dont la convexité passe à deux ou trois lignes du bord inférieur de la cloison. Le scal-

pel, un peu convexe et bien affilé dont on se sert pour cette partie de l'opération, doit être conduit d'une main légère afin de n'intéresser que la membrane muqueuse et un tant soit peu du tissu sous-muqueux, évitant à tout prix de pénétrer dans le rectum; puis, saisissant la lèvre supérieure de cette incision avec la pince à crochets, on la sépare de la couche profonde, par une dissection soignée, dans une hauteur d'un demi-pouce environ et dans toute la largeur de la cloison (Fig. 8 *b*).

Fig. 8.



La Figure 8 représente les parties déchirées, préparées pour être réunies et tenues dans un écartement forcé, à l'effet de les exposer clairement à la vue. *a a* est le bord libre ou éperon de la cloison recto-vaginale. *b* est le lambeau emprunté à la cloison. Les surfaces latérales avivées et les points d'entrée et de sortie des sutures sont marqués dans cette figure.

On dédouble ainsi celle-ci en deux lames dont une antérieure vaginale, et une postérieure ou rectale. L'épaisseur de la eloison étant normalement plus grande à sa partie inférieure et augmentée encore par l'état d'hypertrophie dans lequel cette partie se trouve habituellement à la suite d'une rupture du périnée complète et ancienne, facilite singulièrement ce dédoublement. La portion ou lame reetale est destinée à rester en place pour fermer le rectum; l'antérieure, au contraire est destinée à être ramenée en avant pour être fixée par ses angles à la partie antérieure du nouveau périnée, de chaque côté. Elle formera ainsi un plan incliné dirigé en bas et en avant, sorte de valvule qui fera à l'égard du nouveau périnée ce que l'épiglotte fait à l'égard de la glotte; c'est-à-dire qu'elle empêchera les liquides du vagin de venir en contaet avee les parties nouvellement réunies (Fig. 9, 3).

On procède ensuite à l'avivement des deux côtés de la déchirure. Pour cela, on eirconscrit, au moyen d'un scalpel, à la face interne de chaque lèvre successivement, un espaee quadrilatère un peu allongé dans le sens antéro-postérieur, de la vulve vers l'anus, en évitant d'empiéter sur la muqueuse du vagin en haut, et sur la peau extérieure en bas. En avant, l'incision ne doit point passer au-delà ni rester en deçà du point où, dans l'état normal, se trouve la commissure postérieure de la vulve; en arrière, elle doit se confondre avec le côté correspondant de l'avivement de l'éperon : aucun intervalle non avivé ne doit exister entre eux. En général, cet espace quadrilatéral doit avoir un pouce et demi de long sur trois quarts de pouce de large. On le saisit ensuite, par l'un ou l'autre de ses bords, avec la pinee et on le détache, sous forme d'une lame de tissu très-minee, au moyen de quelques coups de ciseaux ou de scalpel sui-

vant le choix de l'opérateur. Si quelques petites portions du fond avaient échappé à l'avivement, on les saisirait successivement avec la pince et on les enlèverait au moyen de ciseaux courbes sur le plat. Il est de la plus haute importance qu'à ce moment des aides écartent successivement chacune des grandes lèvres afin de bien exposer toute la surface sur laquelle on opère.

Lorsque tout aura été bien avivé et que tout écoulement sanguin aura cessé, soit spontanément soit à la suite de la torsion des petites artérioles, on procèdera au quatrième temps de l'opération.

La suture destinée à fermer le rectum est placée la première. Il suffit ici d'une aiguille courbe ordinaire, plutôt mince que large, munie d'un fil double. On la saisit par le porte-aiguille — une pince d'horloger —, et on la fait pénétrer dans la peau à gauche du bord antérieur de l'anus et à quatre ou cinq lignes du bord de la plaie, de manière à la faire sortir sur le bord avivé de l'éperon de la cloison, à la distance de deux lignes environ à gauche du point du milieu; puis on l'enfonce sur le même bord, à la même distance à droite du milieu de l'éperon, pour la faire ressortir à un point de la peau du côté opposé correspondant à celui par où on l'avait fait entrer (*Voyez* Fig. 8). Les deux premiers doigts de la main gauche introduits dans le rectum, tendent la cloison et facilitent la marche de l'aiguille dans l'épaisseur de l'éperon.

En tirant un peu sur les deux extrémités de ce premier lien, on voit de suite que l'éperon, de transversal qu'il était, se plie dans le sens vertical en deux portions égales, lesquelles se mettent aussitôt en contact par leur bord saignant sur la ligne médiane. Le rectum se trouve ainsi fermé. Ce lien ainsi tendu, est confié à un aide

et l'on procède au placement des autres sutures destinées à la réunion du périnée proprement dit. Pour cela trois à quatre points de suture entrecoupée sont nécessaires.

M. Wutzer se sert, pour cette suture, d'aiguilles courbes, longues de douze centimètres et courbées suivant un arc dont la corde a huit centimètres et la flèche trois et demi. Ces aiguilles permettent de percer de part en part toute l'épaisseur des deux lèvres de la division, en comprenant dans ce trajet le fond de la plaie.

Dans les périnéoplasties que nous avons eu l'occasion de pratiquer, nous nous sommes servi des aiguilles de M. Wutzer, et nous avons pu nous convaincre des avantages qu'elles offrent pour placer les liens principaux dans la suture.

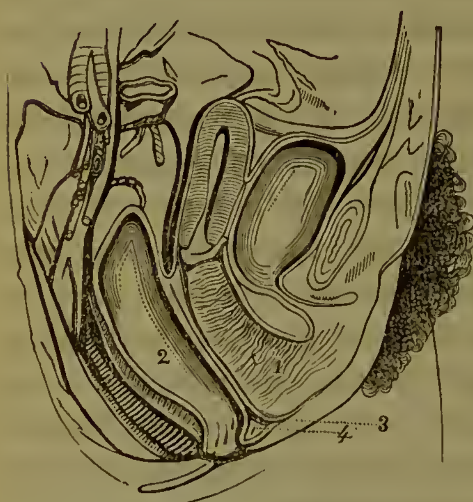
Ces liens, formés chacun de trois fils juxta-posés et cirés, sont placés successivement en commençant par celui qui est le plus rapproché de l'anus, ayant soin de laisser entre chaque point de suture un intervalle de quatre lignes environ. Les aiguilles doivent pénétrer dans les chairs à une distance de quatre à six lignes du bord de la plaie et comprendre le fond de celle-ci sans cependant empiéter sur la muqueuse du vagin. Après qu'elles ont fait ce long trajet, on les fait sortir des chairs à un point du côté opposé, correspondant exactement, quant à sa distance du bord de la plaie et à son niveau, à celui par où elles étaient entrées.

Après avoir passé ainsi tous les liens, qu'on a soin de ne pas serrer encore, on passe à un autre point qui consiste à fixer le lambeau, emprunté à la cloison et resté pendant jusque-là, à la partie antérieure des deux lèvres de la division avivée. (*Des points noirs*, Fig. 8, *indiquent cet endroit.*) Pour cela on se sert de petites

aiguilles courbes, munies d'un fil simple. Deux ou trois points de suture suffisent pour chaque côté.

A cet instant même on voit le but auquel était destiné le dédoublement de la cloison et la formation d'un petit lambeau de son tissu. Celui-ci étant fixé comme il vient d'être dit, forme un plan incliné en bas et en avant, qui recouvre, à l'instar d'une voute, les parties essentielles de l'opération, obligeant en même temps tous les liquides sécrétés dans le vagin à couler vers la vulve, sans pouvoir s'infiltrer dans l'interstice de la réunion. Il reconstitue, en d'autres termes, le côté antérieur de l'espace triangulaire que l'on a vu plus haut former le périnée normal (*Voir* Fig. 9, 3).

Fig. 9.



Coupe du bassin et des parties génitales. 1, Vagin. 2, Rectum. 3, Lambeau de la cloison après sa transplantation. 4, Parties latérales réunies pour former le nouveau périnée.

Arrivé à ce moment, on serre successivement les liens des sutures en commençant par celui placé du côté de l'anus. Chaque lien doit être serré avec un certain degré de force en évitant toutefois que les bords de la plaie ne se replient en dedans, ce qui pourrait nuire à la réunion. Il peut être bon de placer dans l'intervalle de la première et de la deuxième suture, en comptant de la commissure de la vulve, un point de suture entortillée.

Enfin, pour que les parties ainsi réunies ne soient pas exposées à une trop forte tension qui nuirait indubitablement au succès de l'opération, on fait de chaque côté, à une distance de trois quarts de pouce environ des sutures, une incision semi-lunaire dont la concavité regarde vers le nouveau périnée. Ces incisions ne doivent intéresser que la peau et le tissu cellulaire : conseillées par Dieffenbach, elles amènent un relâchement considérable, et il en résulte que le nouveau périnée se trouve en quelque sorte isolé des parties voisines. La femme pourra se soulever et se tourner dans le lit sans que ces mouvements puissent avoir la moindre influence sur la partie du milieu où siége la réunion.

Les parties étant soigneusement lavées, on applique, pour tout pansement, des compresses trempées dans de l'eau glacée que l'on renouvellera fréquemment. La femme est portée dans son lit où elle sera couchée sur le dos, les genoux fléchis, légèrement rapprochés, et maintenus par un mouchoir plié en cravatte. Nous nous sommes bien trouvé de coucher l'opérée sur un coussin hydrostatique. Ne s'enfonçant pas sous le poids du corps, ces coussins permettent de faire des injections dans le vagin, de pratiquer le cathétérisme et d'inspecter les sutures sans être obligé de déplacer la femme (*).

Soins consécutifs.

Ces soins sont nombreux et d'une importance telle que

(*) Ces coussins en caoutchouc vulcanisé permettent, par le renouvellement de l'eau qui peut s'opérer sans le moindre déplacement ni dérangement, d'entretenir toujours une fraicheur convenable autour des parties malades. On en trouve de toutes les formes chez M. Hooper, 7 Pall Mall East, à Londres.

la moindre négligence à l'égard de l'un d'eux pourrait compromettre les succès des efforts les mieux entendus. Des compresses trempées dans de l'eau glacée seront constamment appliquées contre le périnée. On fera des injections fréquentes, dans le vagin, avec une infusion de camomille tiède. Le cathétérisme sera pratiqué chaque fois que la femme éprouvera le besoin d'uriner, et même plus souvent que cela. On aura grand soin de boucher l'ouverture du pavillon de la sonde avec le pouce avant de retirer l'instrument, afin d'éviter que les quelques gouttes d'urine qui restent dans sa cavité ne tombent sur les parties fraîchement réunies. Il ne sera permis à aucun prix à la femme de satisfaire ce besoin sans la sonde, et l'on se tromperait étrangement en s'imaginant qu'il suffirait de laver le périnée immédiatement après. Quelques gouttes d'urine tombées sur les parties nouvellement réunies pourraient faire échouer l'opération. Le cathétérisme doit être pratiqué jusqu'à la parfaite réunion.

L'opérée ne prendra que de l'eau d'orge ou de riz, un peu de bouillon soit seul soit au riz ou au vermicelle. Après deux ou trois jours, on pourra accorder du riz au lait, des lait-de-poule ou d'autres substances analogues, propres à soutenir suffisamment les forces.

Il est important d'éloigner autant que possible le moment d'une première garde-robe; c'est dans cette intention que l'on prescrira, à commencer du jour de l'opération, un quart de grain ou un demi-grain d'extrait d'opium, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Après trois jours, on peut commencer déjà à ôter l'une ou l'autre des sutures. On retire d'abord les épingles. Le lendemain, on enlève avec soin un ou deux liens, ordinairement ceux du milieu; puis le jour suivant on en retire un ou deux autres, et enfin le sixième ou sep-

tième jour on ôte le dernier, c'est-à-dire celui qui est placé près de l'anus.

Les sutures qui fixent le lambeau de la cloison recto-vaginale dans la partie antérieure de la plaie ne sont enlevées que lorsqu'on peut y atteindre sans trop de difficulté.

A dater du moment où l'on commence à enlever les sutures, on couvrira la partie de plumasseaux trempés dans de l'eau de Goulard. Les injections vaginales pourront aussi être faites avec le même liquide.

Il est fortement à désirer que le besoin de la première défécation ne se fasse sentir qu'un jour ou deux au moins après que le dernier lien aura été enlevé. Dès que la femme éprouvera ce besoin, elle en avertira le chirurgien afin qu'il prenne des précautions pour que la sortie des matières fécales, ordinairement durcies, ait lieu sans danger pour le nouveau périnée. Quelques demi-lavements d'une infusion de graine de lin avec beaucoup d'huile d'olive, administrés, la femme restant couchée sur le dos, parviennent généralement à ramollir les matières. Si, malgré ces précautions, il arrivait qu'elles se présentassent dures et volumineuses, il faudrait en favoriser la sortie au moyen d'une petite curette qui les diviserait convenablement. Dans tous les cas, il est de la plus haute importance de soutenir le périnée au moment de leur passage. Le chirurgien lui-même ou un aide intelligent se chargera de cette besogne ; car ce moment est le plus critique, et la moindre négligence pourrait être suivie d'un éraillement partiel ou même total des parties encore faiblement réunies. Une fois que la première défécation a eu lieu, on favorisera la liberté du ventre par des lavements ou de légers minoratifs. Dès ce moment aussi, la nourriture sera plus substantielle et plus abondante.

Il arrive quelquefois que la réunion ne réussit pas dans toute l'étendue du nouveau périnée; l'un ou l'autre lien des sutures peut avoir coupé les chairs. Dans ces cas, les parties réunies forment des brides ou espèces de ponts qui maintiennent le reste dans un état de rapprochement. Alors les parties béantes se remplissent de granulations, et la cicatrisation, quoique lente, finit par y acquérir autant de solidité qu'ailleurs.

Souvent il arrive que les bords de la division restent séparés près de l'anus ou qu'ils s'y éraillent un peu au moment de la première garde-robe. Il semble alors qu'on ait pratiqué à la malade l'opération de la fistule à l'anus. Le fond de la plaie s'y remplit de granulations, et la cicatrisation, à laquelle on aide singulièrement par l'attouchement avec du nitrate d'argent, marche du fond vers la peau.

Un autre accident que l'on remarque parfois, c'est la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. La cautérisation parvient le plus souvent à la guérir. Cependant chez une de ses opérées, Dieffenbach dut avoir recours à l'avivement des bords de la fistule et à leur réunion au moyen de quelques points de suture.

Première observation. — Le sujet de cette observation est une jeune femme de Ghistelles, âgée de vingt-quatre ans, mariée et couturière de profession. L'accident avait eu lieu lors de son premier et unique accouchement qui datait de deux ans et demi. La déchirure était complète et s'étendait jusqu'à l'anus, et de plus, à quatre lignes environ sur la cloison recto-vaginale.

D'après le dire de cette femme, son accouchement avait été long et fort pénible, et la sage-femme qui l'assistait aurait aidé fortement, au moyen de ses mains, à la sortie de la tête de l'enfant. Elle ne s'aperçut pas d'abord

de cet accident; mais à peine avait-elle commencé à se lever qu'elle vit s'échapper involontairement les gaz intestinaux et les matières fécales pour peu que celles-ci fussent molles, ce qui malheureusement était le plus souvent le cas.

Au moment où elle vint me voir, il y avait deux ans et demi qu'elle portait cette dégoutante infirmité; sa santé générale était bonne, elle était bien réglée; il y avait dix jours qu'elle avait eu ses menstrues. Le professeur Langenbeck, se trouvant en ce moment à Ostende, je saisis cette circonstance pour lui faire voir cette malheureuse. Avec une bienveillance dont je garderai longtemps le souvenir, il me proposa aussitôt de pratiquer l'opération, et ce d'après un nouveau procédé encore inédit qui consiste en une véritable reconstruction du périnée.

Nous fixâmes le jour de l'opération au 21 septembre 1851, et plusieurs de nos confrères, parmi lesquels M. le docteur De Meyer, de Bruges, vinrent y assister. Les préparatifs avaient consisté en quelques bains de siége, des injections vaginales simples, un purgatif, administré la veille et un lavement quelques heures avant l'opération. Les grandes lèvres et le périnée avaient été rasés et la vessie vidée immédiatement avant de commencer.

La femme étant couchée dans une position convenable, fut soumise à l'action du chloroforme et l'opération fut exécutée d'après la description donnée plus haut. Quatre points de suture entrecoupée, dont un pour le rectum, et un point de suture entortillée entre le premier et le deuxième lien, à compter de la commissure de la vulve, furent placés. Les deux incisions semi-lunaires, dites de Dieffenbach, furent pratiquées, une de chaque côté et

à un pouce environ de distance du nouveau périnée.

L'opération avait duré une heure et avait souvent été interrompue par suite de l'action incomplète du chloroforme, qui n'avait amené qu'une insensibilité imparfaite. La femme fut enfin portée dans son lit et couchée sur le dos, la région du sacrum soutenue par un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval. Des compresses froides furent appliquées constamment; des injections vaginales, avec une infusion de camomille, furent faites toutes les deux heures, et le cathétérisme fut pratiqué toutes les fois que la femme sentait le besoin d'uriner. Un demi-grain d'extrait thébaïque fut administré immédiatement après l'opération, et répété deux fois encore avant la nuit.

Le lendemain l'état général était satisfaisant. La nuit n'avait pas été des meilleures par suite de la position forcée; mais à part cela on avait tout lieu d'être satisfait. Trois doses d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium furent prescrites pour la journée. Bouillon, lait de poule.

Le 23, l'état satisfaisant de la veille continua et il ne fut rien changé au régime.

Le 24, il existait un écoulement vaginal sanguin, assez abondant et noirâtre, en apparence une réapparition des règles, qui me donna quelque inquiétude à l'égard de la réussite de l'opération. Mais M. Langenbeck ayant rencontré ce fait dans d'autres cas sans en avoir vu résulter de fâcheuses conséquences, cette circonstance devint moins inquiétante.

Ce jour là, j'ôtai l'épingle de la suture entortillée : la réunion dans ce point paraissait être parfaite.

Le 26, j'enlevai un premier lien de ceux du milieu.

Le 28, deux autres liens furent encore ôtés et il fut possible de s'assurer que la réunion immédiate ne s'était

pas faite dans toute l'étendue de l'opération. La partie du milieu était béante dans une étendue de quatre à cinq lignes et il y avait de la suppuration. La partie antérieure, au contraire, ainsi que celle du côté de l'anus, était parfaitement réunie. Pansements avec plumasseaux trempés dans de l'eau de Goulard. Doses d'opium comme à l'ordinaire. Bouillon; lait de poule; un peu de riz bouilli.

Le 29, la dernière suture, celle qui fermait le rectum, fut ôtée et j'eus la satisfaction de m'assurer qu'ici aussi la réunion immédiate avait réussi. Il ne restait donc que la partie du milieu où la granulation faisait déjà de sensibles progrès.

Le 30, l'écoulement menstruel avait cessé. Les granulations furent touchées avec le nitrate d'argent; la partie béante se rétrécissait de jour en jour.

Le 2 octobre, vers le soir, la femme éprouva le premier besoin de défécation. Trois demi-lavements d'une infusion de graine de lin fortement huilée furent administrés; mais le liquide s'écoulait par l'anus presque aussi vite qu'il était injecté, sans doute à cause de la laxité que les parties y avaient encore. Un quart d'heure après, des matières à demi-molles et légèrement moulées furent expulsées pendant que je soutenais le nouveau périnée. Cette première opération se passa ainsi parfaitement bien et la femme sentit qu'elle était maîtresse de garder ou de lâcher les matières fécales et les gaz intestinaux.

Depuis ce jour, la nourriture fut changée et augmentée en quantité. Des lavements ou de légers minoratifs procurèrent des garde-robes que la femme put retenir sans difficulté.

Le 4, elle se leva pour la première fois et commença bientôt à marcher, d'abord à très-petits pas, pour ne

pas faire souffrir le nouveau périnée. Les plaies des incisions latérales étaient cicatrisées.

Le 6, survint une diarrhée, ce qui donna à la femme l'occasion de se convaincre de sa parfaite guérison ; car elle put retenir très-facilement les matières pendant un temps convenable. La partie du périnée qui avait suppuré était parfaitement cicatrisée. Cette femme quitta l'hôpital vers la fin d'octobre.

Deuxième observation. — Dans un premier accouchement, l'application du forceps avait occasionné chez une jeune fille de Dadizeele, âgée de vingt-quatre ans, une déchirure complète du périnée. L'accident datait de cinq mois environ lorsque cette jeune personne fut confiée à mes soins. La division occupait la ligne médiane et s'étendait jusqu'à l'anus dont le sphincter était complétement divisé; le bord inférieur de la cloison recto-vaginale formant une espèce d'éperon, séparait seul la cavité du vagin de celle de l'intestin. Les matières fécales, la plupart du temps liquides, s'échappaient à l'insu de la malade; celles qui étaient fort dures pouvaient seules être retenues, et encore ne l'étaient-elles que pendant quelques instants.

Cette jeune fille fut adressée d'abord au docteur De Meyer, qui me l'expédia à Ostende; sachant que je m'occupais d'un travail sur le cas précédent, il voulait me mettre à même de pratiquer le procédé opératoire de M. Langenbeck, dont nous avions pu admirer les beaux résultats. Comme la malade paraissait être dans de bonnes conditions, nous remîmes l'opération jusqu'après la plus prochaine époque mensuelle, qui eut lieu le 13 décembre 1851. Le 21 suivant fut le jour fixé pour l'opération. Les préparatifs avaient consisté, comme chez l'autre

femme, en bains de siége, injections vaginales, un purgatif la veille et un lavement le matin même.

L'avivement de l'éperon, le dédoublement de la cloison recto-vaginale, ainsi que l'avivement des deux côtés de la déchirure, marchèrent sans le moindre encombre. Outre la suture pour fermer le rectum, j'en plaçai quatre autres, chacune formée de quatre fils cirés et juxtaposés. Les grandes aiguilles de M. Wutzer facilitèrent singulièrement le placement de ces liens, car les parties étant légèrement rapprochées par la traction opérée sur le lien du côté du rectum, il me fut possible de passer les autres d'un seul trait en traversant les deux lèvres dans toute leur épaisseur jusqu'au fond même de la plaie. Ensuite trois points de suture fixèrent le lambeau de la cloison, de chaque côté, dans la partie antérieure de la plaie, et enfin tous les liens furent serrés en commençant par ceux du côté du rectum. Un point de suture entortillée fut placé dans l'intervalle des deux premiers liens en comptant d'avant en arrière. Les incisions semi-lunaires de Dieffenbach terminèrent l'opération qui avait duré trois quarts d'heure. Le chloroforme avait maintenu la malade, pendant tout ce temps, dans une insensibilité parfaite.

L'opérée fut portée dans son lit où elle dut garder la position horizontale, la région sacrée soutenue par un coussin hydrostatique et les genoux fléchis et maintenus rapprochés. Un demi-grain d'opium fut administré immédiatement et répété deux fois encore avant la nuit. La sonde fut introduite deux fois ce jour-là, et l'on fit de fréquentes injections dans le vagin. Comme chez le sujet de la première observation, le pansement de la partie réunie, de même que des incisions semi-lunaires, consista simplement en compresses trempées dans de l'eau

fraiche et renouvelées très-souvent. La diète la plus sévère fut prescrite et il ne fut permis que de l'eau d'orge ou de la limonade.

Depuis la fin de l'opération jusqu'à la nuit, la malade ne cessa de se plaindre d'un sentiment de froid avec frissons prononcés; elle vomit une fois, et le pouls resta petit et fréquent.

Le lendemain, il y avait une bonne chaleur à la peau : le pouls, plus développé, était à quatre-vingt. Toute la nuit la malade avait été tourmentée de borborygmes, et dans le courant de la matinée, à plusieurs reprises elle lâcha des vents par l'anus. Le cathétérisme fut pratiqué chaque fois que le besoin d'uriner se faisait sentir, et l'opium fut continué à trois reprises (un demi-grain chaque fois).

Le 23, il y eut un mouvement fébrile assez prononcé. Des gaz furent encore lâchés par l'anus et à volonté; c'est-à-dire que la malade était en état de les retenir, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le moment de son accouchement.

Le 24, l'épingle fut ôtée, et dès ce moment on appliqua des plumasseaux trempés dans l'eau de Goulard.

Le 25, j'enlevai deux liens, le deuxième et le troisième en comptant de la commissure de la vulve; la réunion paraissait être complète en cette partie.

Le 26, un autre lien fut encore ôté, et, le lendemain j'enlevai les deux derniers. Une ligne rosée, espèce de raphé, d'un bon pouce de longueur, indiquait l'endroit où la réunion s'était faite. Le lambeau de la cloison avait pris de solides adhérences et j'ôtai successivement les petits liens de ses sutures. Plusieurs gaz bruyants furent encore lâchés ce jour-là, et la fille assura qu'elle pouvait les garder plus d'une heure.

Le 30, vers le soir, le premier besoin de défécation se fit sentir. Deux demi-lavements avec une infusion de graine de lin huilée furent administrés et suivis, au bout de quelques minutes, de l'évacuation d'une assez forte quantité de matières dures. Malgré les soins les plus minutieux qui furent pris à ce moment critique, la partie postérieure de la réunion s'érailla dans l'étendue d'un demi-pouce; de sorte que du large périnée dont on avait tout lieu d'être fier quelques instants auparavant, il ne restait plus qu'une bride ou pont de six lignes environ de largeur. Heureusement que cela suffisait pour maintenir les parties en contact jusqu'au moment où le travail de granulation serait venu remplir la lacune qui existait du côté de l'anus.

Le 31, il n'y eut pas d'évacuation.

Le 1er janvier, la malade prit une once de marmelade de Tronchin, qui produisit une selle demi-liquide, lâchée à volonté après avoir été retenue pendant quelque temps; nouvelle preuve que le fond de la plaie du côté du rectum était solidement fermé.

Le travail de granulation marcha assez lentement et dut être stimulé par l'attouchement fréquent du nitrate d'argent. Peu à peu la partie éraillée se remplit tout à fait, mais le tissu inodulaire qui s'y était formé ne tarda pas à attirer à lui la partie antérieure du nouveau périnée formée par la bride qui avait résisté lors de la première défécation. Il en est résulté qu'au moment de la cicatrisation complète, le périnée n'avait en tout que six à sept lignes de large.

Une diarrhée survenue le 9 janvier vint prouver que le but final de l'opération avait été atteint. Des selles liquides se répétant toutes les deux ou trois heures pendant l'espace de deux jours, purent être retenues sans

la moindre difficulté et lâchées à volonté; il en était de même des gaz intestinaux.

Cette fille quitta l'hôpital pour rentrer chez elle, le 27, heureuse et reconnaissante de se voir débarrassée d'une infirmité qu'elle avait eu la perspective de garder toute sa vie.

Troisième observation. — La nommée Marie Huysseune, âgée de vingt-deux ans, mariée, demeurant à Middelkerke et exerçant le rude métier de travailler aux champs, a eu deux enfants dont aucun n'est en vie. Son premier accouchement n'a rien offert d'anormal et s'était terminé par les seuls efforts de la nature. Le second, qui a eu lieu au mois d'octobre 1851, paraissait devoir se passer aussi favorablement que le premier, lorsque, la tête étant sortie, les épaules ne suivirent pas, malgré des contractions utérines assez fortes. Cette circonstance porta la femme qui assistait à l'accouchement à insinuer la main dans le vagin pour dégager les épaules; ce qu'elle ne fit sans doute pas avec tous les ménagements requis, puisque cette manœuvre eut pour conséquence une rupture du périnée dont on ne s'aperçut toutefois qu'au bout de quelques jours. L'enfant qui était très-volumineux, vivait, mais mourut plus tard, au bout d'un mois. L'état des couches fut compliqué d'une fièvre puerpérale fort grave, pendant laquelle une diarrhée étant survenue, la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait point retenir les matières fécales, mais qu'elles lui échappaient involontairement, de même que les gaz intestinaux, malgré tous les efforts pour les retenir. Cette circonstance porta son médecin à examiner les parties génitales, et il acquit ainsi la preuve de l'existence d'une rupture complète du périnée dont les deux lèvres suppuraient abondamment. Après la guérison de cette fièvre puerpérale, qui ne fut

parfaite qu'au bout de deux mois, la malade me fut adressée, et voici dans quelles conditions je la trouvai le 15 mars 1852.

Apparence de santé excellente; type de tempérament sanguin; embonpoint médiocre; fonctions utérines normales, la dernière époque mensuelle ayant eu lieu la semaine précédente; rupture complète du périnée, s'étendant jusqu'à l'anus et intéressant la cloison recto-vaginale dans une étendue de trois lignes environ; le sphincter anal étant compris dans la division, l'incontinence des matières fécales était absolue.

L'opération, seul moyen de guérison, fut proposée et acceptée avec empressement. Voulant profiter du moment favorable dans lequel cette femme se trouvait, une semaine seulement après une époque mensuelle, l'opération fut décidée pour le surlendemain 17. Pendant ces deux jours, la femme prit plusieurs bains de siége, fit des injections vaginales et but une bouteille d'eau de Sedlitz le 16. Le lendemain matin on lui administra un lavement, et immédiatement après l'évacuation du rectum elle prit un demi-grain d'extrait gommeux d'opium.

Le périnée ainsi que les grandes lèvres ayant été rasés et la vessie vidée au moyen de la sonde, la femme fut conduite à la salle d'opérations. Les parties offraient une grande vascularité, et dès la première incision le sang coula en abondance, ce qui contraria beaucoup la prompte exécution de l'opération. Plusieurs artérioles durent être tordues, et malgré cela le sang continua à couler en nappe pendant quelque temps encore. Enfin, après que tout écoulement eut cessé, je procédai à la suture. Quatre liens furent placés, un pour fermer l'anus et trois autres pour réunir les deux côtés du nouveau périnée, et une forte épingle ou point de suture entortillée, celle-

ci à l'endroit de la nouvelle commissure postérieure de la vulve. Quatre points de suture, deux de chaque côté, avaient préalablement fixé, dans la partie antérieure des lèvres saignantes du périnée, le lambeau pris à la cloison recto-vaginale. Les plaies résultant des deux incisions semi-lunaires faites sur les côtés, à la fin de l'opération, saignèrent aussi d'une manière insolite.

La femme ayant été portée dans son lit, fut couchée sur le dos, la région sacrée et les fesses reposant sur un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval. Des compresses trempées dans l'eau froide furent placées contre les parties et fréquemment renouvelées; des injections avec une infusion de camomille froide furent faites toutes les trois heures. Les genoux furent maintenus rapprochés au moyen d'un mouchoir plié en cravatte, et l'on avait eu soin, afin de prévenir une pression incommode des genoux l'un contre l'autre, de placer entre eux une compresse épaisse. La femme ne prit que de la limonade et de l'eau d'orge. Deux doses d'opium, d'un demi-grain chacune, furent administrées dans le courant de la journée. Le cathétérisme fut pratiqué chaque fois que l'opérée éprouvait le besoin de rendre les urines, ce qui arriva quatre fois avant le lendemain matin. Le suintement sanguin, fourni presque en totalité par les deux incisions latérales, ne cessa que vers le soir.

Le lendemain 18, l'opérée se trouve dans l'état suivant : la nuit a été assez tranquille, quoiqu'il n'y ait eu que peu de sommeil. La douleur est très-supportable. L'état général est très-satisfaisant; pouls à soixante-quinze; pas de chaleur à la peau. Les injections vaginales sont faites comme hier, mais tièdes. Le cathétérisme est pratiqué chaque fois que la femme le demande. Eau de riz épaisse, oranges, limonade. Deux doses d'opium.

Le 19, la nuit a été très-bonne. L'opérée a lâché plusieurs vents par l'anus, et, à sa grande joie, elle a su les retenir à volonté. État général très-satisfaisant. Injections et cathétérisme comme hier. Boissons comme hier; mais aujourd'hui on permet un peu de bouillon et un lait-de-poule avec demi-jaune d'œuf. Le nouveau périnée paraît se trouver dans de bonnes conditions pour la réussite de l'opération; seulement la peau entre le premier et le deuxième lien est un peu boursoufflée. Le lien le plus rapproché de l'anus a entamé les tissus, au côté gauche, dans l'étendue d'une ligne et demie.

Le 20, il y a eu hier soir un petit mouvement fébrile qui a continué jusqu'au matin. Le sommeil a été souvent interrompu. Le pouls est a 78 et il y a de la chaleur à la peau. Beaucoup de vents ont été lâchés par l'anus, chaque fois avec assez de douleur à leur passage.

L'épingle qui fermait la commissure postérieure, ainsi que le deuxième lien en comptant de la vulve vers l'anus, ont été ôtés, et, pour autant que la prudence permît de s'en assurer, la réunion paraît y avoir réussi. Le lien le plus rapproché de l'anus n'a plus continué à couper les tissus : les autres ne les ont point entamés du tout. Des plumasseaux trempés dans de l'eau de Goulard sont placés contre le nouveau périnée. Les injections, le cathétérisme, le régime et l'opium sont continués comme hier.

Le 21, état général des plus satisfaisants. On ne touche pas aux liens qui restent encore. Il s'est montré un écoulement vaginal, assez abondant, d'un liquide muco-purulent. Injections, régime et opium comme précédemment.

Le 22, la sécrétion vaginale a encore augmenté, ce qui me porte à remplacer le liquide des injections par une solution de sulfate de zinc. Les plumasseaux em-

ployés au pansement sont trempés dans le même liquide. Un des liens capitaux est enlevé, de sorte qu'il n'en reste plus qu'un, outre celui qui ferme l'anus. Cathétérisme, régime et opium comme d'habitude.

Le 23, le désir de manger est fort grand, et il faut toute la constance dont la malade a donné déjà plus d'une preuve, pour supporter la faim. Du reste, on lui permet du bouillon au riz et un jaune d'œuf délayé dans de l'eau de riz épaisse. La sécrétion vaginale a un peu diminué. Des vents sont encore lâchés et toujours avec douleur à leur passage par l'anus. Les deux derniers liens sont enlevés et la réunion paraît s'être faite dans toute l'étendue du nouveau périnée.

Le 24, plusieurs vents ont encore été lâchés, mais avec infiniment moins de douleur qu'avant l'enlèvement des liens. La sécrétion vaginale a sensiblement diminué. Toujours mêmes soins et même régime.

Le 25, hier vers le soir, en faisant une injection, j'ai aperçu un écoulement vaginal sanguin, probablement un retour précoce des règles, qui avait été précédé de quelques douleurs utérines. Aujourd'hui cet écoulement est abondant. En conséquence il a fallu cesser les injections astringentes froides et revenir à l'infusion de camomille tiède. Le nouveau périnée paraît être solide, et la cicatrice linéaire qui parcourt toute sa partie moyenne d'avant en arrière ne paraît point souffrir du contact du sang menstruel. Cathétérisme et opium comme les jours précédents. Bouillon au riz; riz au lait.

Le 26, l'écoulement menstruel est toujours abondant. A dater de ce jour le cathétérisme ne sera plus appliqué, et la femme pourra lâcher les urines naturellement; mais on aura la précaution de la placer sur les genoux et les coudes, afin que les urines coulant par la partie

antérieure de la vulve ne puissent point venir en contact avec la cicatrice. Par surcroit de précaution, on lavera soigneusement les parties immédiatement après. Les genoux sont encore tenus rapprochés. L'opium est supprimé.

Le 27, les règles ont cessé, et la femme a éprouvé, ce matin, un léger besoin d'aller à la garde-robe. Je lui administre successivement deux demi-lavements composés d'une infusion de graine de lin avec un tiers d'huile de lin, qui furent parfaitement gardés. Après plus d'une heure d'attente, un nouveau lavement est administré, suivi cette fois, d'une selle peu abondante et formée de petites portions de matières fécales, de consistance pultacée. Le régime reste composé de substances liquides, mais en plus grande quantité.

Le 28, nouveau lavement, suivi au bout de plusieurs heures d'une selle copieuse de matières moulées sans être dures. Pendant cette opération, comme lors de la précédente, le périnée n'a nullement souffert, et c'est à peine s'il a dû être soutenu. Je m'étais servi, pour remplir cette indication, d'une pelotte de charpie molle, enduite d'une bonne quantité de cérat.

A partir de ce jour, la femme fut mise au quart du régime ordinaire, et bientôt elle prit la demie et ensuite les trois-quarts. Un lavement ordinaire sera administré tous les matins, et les injections réduites à deux par jour.

Le 30, les petits liens qui avaient fixé le lambeau de la cloison dans la partie antérieure de l'avivement des côtés de la rupture et qui jusqu'ici avaient tenu bon sans couper les tissus, sont enlevés et le tout est parfaitement réuni. La femme a commencé à se lever hier, et essaie audjourd'hui de marcher en commençant par faire de très-petits pas. Le nouveau périnée a une étendue d'un bon pouce; il est très-solide et la guérison peut

être considérée comme la plus parfaite qu'il soit possible d'obtenir.

Quatrième observation. — La malade, sujet de cette observation, est une dame de la province du Luxembourg, qui m'a été adressée par M. le docteur Molitor, d'Arlon. Elle est âgée de trente ans, d'une santé excellente, et mariée depuis trois ans. Elle accoucha pour la première fois, le 19 juillet 1851, et quoique l'accouchement ne presentât rien de particulier, le périnée étant probablement mal soutenu, ou offrant peut-être une rigidité peu commune, se déchira dans toute son étendue. La sage-femme ne s'apcrçut pas d'abord de cet accident, et la nouvelle accouchée elle-même remarqua seulement à l'époque où elle commença à se lever, que les gaz intestinaux s'échappaient malgré elle. Les matières fécales s'échappaient aussi de temps en temps, quels que fussent ses efforts pour les retenir.

Une seconde grossesse survint, et, cette fois, l'accouchement, qui eut lieu le 16 décembre 1852, fut laborieux, la présentation du bras ayant nécessité la version. L'état déjà malheureux de cette dame en fut aggravé. Elle alla consulter M. le docteur Molitor qui l'envoya à Ostende pour y subir une opération, seul moyen de la délivrer de sa cruelle infirmité.

Voici dans quel état les parties se présentèrent à mon observation : en écartant les grandes lèvres, on voyait la vulve se prolonger en arrière jusqu'à l'anus, dont la demi-circonférence antérieure était entièrement détruite. Les grandes lèvres étaient comme rétractées vers l'anus, et l'on voyait entre elles et cet orifice les traces de la cicatrisation des plaies produites par la rupture du périnée. La lésion s'était étendue jusqu'à la cloison recto-vaginale, dont le bord inférieur, formant le bord anté-

rieur de l'anus, avait la forme d'un croissant à concavité inférieure. J'estime que la rupture avait intéressé cette partie dans une étendue de cinq à six lignes.

L'état général était des plus satisfaisants; la dernière apparition des règles datait de dix jours seulement. Il n'y avait pas apparence de leucorrhée, ni d'affection utérine. Rien ne s'opposait donc à l'opération que je pratiquai le 26 avril 1853, après toutefois y avoir convenablement préparé la malade.

Le premier temps de l'opération qui consiste à aviver le bord inférieur de la cloison recto-vaginale, fut exécuté promptement, par quelques coups de ciseaux, pendant que ce bord était tendu transversalement au moyen de deux pinces à griffes.

Le deuxième temps — formation d'un petit lambeau de membrane muqueuse, détaché de la face antérieure de la cloison — n'offrait aucun obstacle imprévu et fut exécuté tout aussi rapidement que la délicatesse de cette partie de l'opération le permettait. L'état d'hypertrophie, provoqué par l'irritation presque continuelle à laquelle la cloison était exposée par suite du contact des matières qui inondaient à chaque instant le vagin, prêtait ici singulièrement à la dissection du lambeau.

L'avivement des deux lèvres de la division, qui forme le troisième temps, fut opéré en enlevant, de chaque côté, un lambeau oblong, très-mince, de tissu muqueux. Je m'étais servi pour cela d'un très-petit bistouri et d'une pince à dents. Comme il restait encore dans le fond de la division anormale, près de l'anus, quelques points qui avaient échappé à l'instrument tranchant, le tissu muqueux y fut successivement soulevé par la pince et excisé au moyen de ciseaux courbes sur le plat.

L'écoulement sanguin avait été extrêmement modéré, et

n'avait exigé d'autre moyen hémostatique que le contact répété d'une éponge trempée dans l'eau froide.

Les points de suture furent placés avec tous les soins que j'ai fait connaître. Quatre points de suture entrecoupée et une épingle de suture entortillée avaient réuni les deux lèvres de la division sur la ligne médiane; et, avant de serrer ces liens, le lambeau emprunté à la cloison avait été fixé dans la partie antérieure des côtés avivés, au moyen de cinq points de suture entrecoupée.

Enfin, les incisions semi-lunaires, une de chaque côté du nouveau périnée, terminèrent l'opération qui avait duré vingt minutes en tout.

Le pansement consista en compresses trempées dans de l'eau à la glace et placées contre les parties : elles devaient être renouvelées toutes les cinq minutes. L'opérée fut placée dans son lit sur le dos, le sacrum et les fesses reposant sur un coussin hydrostatique en forme de fer à cheval.

Le cathétérisme fut pratiqué toutes les quatre heures.

Des injections vaginales avec une infusion de camomille tiède furent faites à chaque nouvelle introduction de la sonde. La malade prit un grain et demi d'extrait d'opium en trois fois, afin de favoriser la constipation, et fut mise à la diète la plus rigoureuse.

Le lendemain, l'état général était très-favorable. Les lèvres de la réunion n'étaient ni rouges ni enflées, et la peau, dans l'intervalle des points de suture, avait un aspect normal.

Le 29, je retirai l'épingle et ôtai une des sutures principales, — la deuxième en allant de la vulve vers l'anus. La réunion paraissait être parfaite; les autres points de suture ne fournissaient pas une seule gouttelette de pus, et les parties, en général, offraient le meilleur aspect.

Le 30, un autre lien fut encore ôté.

Le 1er mai, il existait un écoulement vaginal assez abondant, composé de sang noirâtre et provenant, comme chez deux autres de mes opérées, d'un retour intempestif des règles. L'état général continuait à être très-satisfaisant.

Le 2, j'ôtai les deux derniers liens et pus me convaincre que la réunion était parfaite dans toute l'étendue du nouveau périnée. La commissure postérieure de la vulve était complétement reconstituée. Les fils qui fixaient le lambeau de la cloison furent abandonnés à eux-mêmes; ils se détachèrent spontanément au bout de quelque temps.

Le 5, l'opérée commença à uriner sans le secours de la sonde, mais en ayant soin de se coucher sur les genoux et les coudes. Elle commençait anssi à se lever.

Le 7, vers le soir, le premier besoin de défécation se fit sentir. Deux lavements avec une infusion de graine de lin fortement huilée, furent successivement administrés et gardés jusqu'au lendemain matin avant de produire une évacuation. Les matières avaient eu ainsi le temps de se ramollir; ainsi le passage s'en fit-il sans que le nouveau périnée eût à souffrir la moindre distension. Dès ce moment la guérison pouvait être considérée comme définitive.

TABLE DES MATIÈRES.

